



## ZGŁOSZENIE ZGONU

Wszelkie informacje dotyczące poprawności wypełnienia druku zamieszczone są w wytycznych dostępnych w Punktach Obsługi Klienta lub na naszych stronach internetowych.

### WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

#### I. DANE O UBEZPIECZENIU

Nazwa ubezpieczenia GRUPOWE TYP P

Umowa nr 7654321

Nr rachunku (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) \_\_\_\_\_

#### II. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO/OSZCZĘDZAJĄCEGO

Nazwisko KOWALSKI Imię JAN

PESEL 68041203572 Data urodzenia 12041968 Miejsce urodzenia WARSZAWA

Kod pocztowy 00950 Poczta WARSZAWA Ulica MIKA Nr domu 1 Nr lokalu 1

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj  Polska  inny \_\_\_\_\_ Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy 0 22 555 55 55 e-mail j.kowalski@mm.com.pl

#### III. DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)

Nazwisko KOWALSKA Imię MARIA

PESEL 70111303572 Data urodzenia 13111970 Miejsce urodzenia KRAKÓW

Nazwa<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

REGON<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Prosimy wpisać, jeśli uprawniony jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

Kod pocztowy 00950 Poczta WARSZAWA Ulica MIKA Nr domu 1 Nr lokalu 1

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj  Polska  inny \_\_\_\_\_ Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy 798 798 798

e-mail \_\_\_\_\_

#### IV. PRZEDMIOT WNIOSKOWANIA

śmierć ubezpieczonego

śmierć współubezpieczonego

rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka

Nazwisko NOWAK Imię ANNA

małżonka

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

dziecka

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

śmierć uposażonego dziecka

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

#### WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Rodzaj

Nr sprawy

#### V. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zgonu 202208 Miejsce zgonu (np. nazwa szpitala) WARSZAWA - SZPITAL NA BIELANACH

Przyczyna zgonu:

Wypadek  komunikacyjny  lotniczy  w wyniku uprawiania sportów  w pracy  inny \_\_\_\_\_

Data wypadku 202208 Godzina wypadku 14:00 Miejsce wypadku TORUŃ

choroba (prosimy wpisać jaka) \_\_\_\_\_  inna przyczyna (prosimy wpisać przyczynę zdarzenia) \_\_\_\_\_

Jeżeli zgon został spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o opisanie dokładnie i wyczerpująco okoliczności wypadku. Jeżeli przyczyną zgonu była choroba prosimy o opis przebiegu choroby.

Okoliczności wypadku (jeśli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie prosimy także podać nazwę i adres policji lub prokuratury):

**Samochód wpadł w poślizg, zjechał na lewą stronę jezdni i uderzył w drzewo. Zmarła była pasażerką.**

Jeżeli przyczyną zgonu jest choroba prosimy opisać przebieg choroby (krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia):

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej? (prosimy wpisać w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem):

**Lekarz PIOTR MAJ z karetki pogotowia.**

Placówki służby zdrowia, które sprawowały opiekę medyczną po wypadku lub podczas leczenia choroby (prosimy podać nazwę, adres, nazwisko lekarza):

**VI. DOKUMENTY ZŁOŻONE W CELU ROZPATRZENIA ROSZCZENIA** (prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)

1. Wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia.
2.  odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego/współubezpieczonego/uposażonego dziecka - w zależności od zdarzenia.
3.  karta zgonu.
4.  dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci.
5.  odpis skrócony aktu małżeństwa – dotyczy zgonu współubezpieczonego.
6.  dokumenty potwierdzające stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym albo współubezpieczonym (akt urodzenia, akt zgonu, akt małżeństwa).
7.  dokument ubezpieczenia (np. polisa, deklaracje).
8.  pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie).
9. Dokument tożsamości - do wglądu.
- inne \_\_\_\_\_

**W przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem dodatkowo:**

1.  dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą - do wglądu,
2.  dokument warunkujący dopuszczenie pojazdu do ruchu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą - do wglądu,
3.  wynik badania na obecność alkoholu,
4.  dokumenty potwierdzające okoliczności zdarzenia (z prokuratury, policji, sądu).

**W przypadku śmierci spowodowanej wypadkiem przy pracy dodatkowo:**

1. Dokumentacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzająca zaistnienie wypadku przy pracy.

PZU Życie SA zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

**VII. OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**

Oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, że administratorem moich danych osobowych jest PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.
3. Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o możliwości wnoszenia w formie pisemnej skarg i zażaleń do każdej jednostki PZU Życie SA w sposób umożliwiający identyfikację osoby wnoszącej i przedmiotu skargi lub zażalenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane przez jednostki terenowe wyższego szczebla lub Centralę PZU Życie SA zgodnie z zakresem ich działania. PZU Życie SA rozpatruje skargę lub zażalenie niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie, zawiadamia wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia.

Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

**WARSZAWA**  
(miejscowość)

2 6 0 2 2 0 0 8  
(data)

*Maria Kowalska*

(czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)



## DYSPOZYCJA WYPŁATY

Wszelkie informacje dotyczące poprawności wypełnienia druku zamieszczone są w wytycznych dostępnych w Punktach Obsługi Klienta lub na naszych stronach internetowych.

### WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

#### I. DANE DOTYCZĄCE ZGŁOSZENIA

Nazwa ubezpieczenia GRUPOWE TYP P

Umowa nr 7654321

Nr rachunku (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) \_\_\_\_\_

Nazwisko ubezpieczonego/oszczędzającego KOWALSKI

Imię ubezpieczonego/oszczędzającego JAN

#### Zgłoszenie zdarzenia:

- urodzenie dziecka
- zgon ubezpieczonego/oszczędzającego/uposażonego dziecka
- Zgon współubezpieczonego
- małżonka
- rodzica
- dziecka
- zdarzenie medyczne
- wykup/wypłata (zdarzenie kapitałowo-inwestycyjne)
- zakończenie okresu ubezpieczenia
- zwrot (dotyczy IKE PZU Życie SA lub PPE)
- premia za ukończenie szkoły średniej
- inne (prosimy wpisać rodzaj zdarzenia)

#### WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Nr sprawy

#### II. DYSPOZYCJA WYPŁATY (prosimy o wpisanie sposobu wypłaty świadczenia w sekcji A poniżej)

W ubezpieczeniu IKE PZU Życie:

- W sekcji **A** prosimy wpisać dyspozycję wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oszczędzającego.
- W sekcji **B1** lub **B2** (w dalszej części druku) prosimy wpisać dyspozycję wypłaty wartości rachunku IKE lub wartości rachunku dodatkowego, jeżeli sposób wypłaty jest inny niż wskazany w sekcji **A**.

W ubezpieczeniu PPE:

- Jeżeli wypłata wartości rachunku udziałów zostanie dokonana w formie **jednorazowej** prosimy wskazać dyspozycję wypłaty w sekcji **A**.
- W sekcji **C** (w dalszej części druku) prosimy wskazać dyspozycję wypłaty w przypadku wnioskowania o **wypłaty ratalne** wartości rachunku udziałów.

#### A. Sposób wypłaty świadczenia

Prosimy wypełnić w przypadku przekazania całości świadczenia na inne ubezpieczenie<sup>1</sup>

W całości na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia<sup>2</sup> (prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku) \_\_\_\_\_

na rachunek bankowy numer \_\_\_\_\_

Prosimy wypełnić w przypadku przekazania części świadczenia na inne ubezpieczenie<sup>1</sup>

W części  w kwocie \_\_\_\_\_ zł<sup>2</sup>  w procencie świadczenia \_\_\_\_\_ % na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia (prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku) \_\_\_\_\_

na rachunek bankowy numer \_\_\_\_\_

Pozostałą część świadczenia  na rachunek bankowy numer \_\_\_\_\_

przekazem pocztowym na adres korespondencyjny<sup>3</sup>

inne \_\_\_\_\_

Prosimy wypełnić w przypadku wypłaty świadczenia

w całości na rachunek bankowy 7 1 1 2 3 4 5 5 6 8 9 7 1 8 2 0 0 0 0 2 1 7 9 6 3 2

w części w kwocie \_\_\_\_\_ zł na rachunek bankowy nr \_\_\_\_\_

a pozostałą część na rachunek bankowy numer \_\_\_\_\_

przekazem pocztowym na adres korespondencyjny<sup>3</sup>

inne \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy. W tym przypadku PZU Życie SA zwraca wnioskującemu kwotę wpłaconą na poczet składki w pełnej wysokości.

<sup>2</sup> Zadeklarowana wysokość kwoty na poczet składki nie może być niższa od wysokości minimalnej, określonej przez PZU Życie SA.

<sup>3</sup> Prosimy wpisać adres przekazu pocztowego, jeśli jest inny niż adres korespondencyjny wskazany w formularzu zgłoszenia zdarzenia.

**B. Sposób wypłaty zobowiązania (dotyczy IKE PZU Życie w przypadku zgłoszenia śmierci oszczędzającego)**

Jeżeli w sekcji **B1** lub **B2** nie zostanie wskazany sposób wypłaty to zobowiązania zostaną przekazane zgodnie ze wskazaniem w sekcji **A**.

**B1. Wypłata z rachunku IKE**

- w formie wypłaty transferowej (w celu wypłaty transferowej prosimy wypełnić druk ZGŁOSZENIE ZDARZENIA KAPITAŁOWO-INWESTYCYJNEGO)
- w całości na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia (prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku) \_\_\_\_\_
- w kwocie \_\_\_\_\_ zł na rachunek bankowy \_\_\_\_\_
- inne \_\_\_\_\_

**B2. Wypłata z rachunku dodatkowego**

- w całości na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia (prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia i nr wniosku) \_\_\_\_\_
- w kwocie \_\_\_\_\_ zł na rachunek bankowy \_\_\_\_\_
- inne \_\_\_\_\_

**C. Sposób wypłaty świadczenia (dotyczy PPE w przypadku wypłaty wartości rachunku udziałów w formie ratalnej)**

**Forma wypłaty wartości rachunku udziałów w ratach (liczba rat ustalona w umowie ubezpieczenia)**

- na rachunek bankowy \_\_\_\_\_
- inne \_\_\_\_\_

WARSZAWA  
(miejscowość)

2 0 6 0 2 2 0 0 8  
(data)

Maria Kowalska

(czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)

**WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA**

**III. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA PRZEZ PZU ŻYCIE SA**

Rodzaj dokumentu tożsamości:

DO - dowód osobisty

PA - paszport

KP - karta pobytu

PJ - prawo jazdy (emisja od 01.07.1999 r.)

Rodzaj dokumentu \_\_\_\_\_

Seria i numer \_\_\_\_\_

Wydany dnia \_\_\_\_\_

Wydany przez \_\_\_\_\_

NIK \_\_\_\_\_

NEPU \_\_\_\_\_  
osoby przyjmującej dyspozycję.

\_\_\_\_\_  
(pieczęć imienna i podpis osoby  
upoważnionej przez PZU Życie SA)