



PZU SA
PZU Życie SA

Grupa ubezpieczeniowa	
Nr polisy	
Kod jednostki PZU SA	
Nr sprawy PZU SA	

Grupa ubezpieczeniowa	
Nr polisy	
Kod warunków	
Kod jednostki PZU Życie SA	
Nr sprawy PZU Życie SA	

ZGŁOSZENIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NW)/TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU/TRWAŁEGO INWALIDZTWA

Czy w związku z obrażeniami ciała doznanymi w zgłaszanym wypadku ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu innych ubezpieczeń w PZU SA lub PZU Życie SA, jeżeli tak, proszę podać numer polisy i nazwę jednostki?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
PZU SA	Nr polisy		
	Nazwa ubezpieczenia		
	Nazwa jednostki		
PZU Życie SA	Nr polisy		
	Nazwa ubezpieczenia		
	Nazwa jednostki		
Czy wypadek został już zgłoszony, jeśli tak, proszę podać nazwę jednostki PZU SA lub PZU Życie SA?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY LUB UPRAWNIONY

I. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO	
Nazwisko	
Pierwsze imię	Drugie imię
Data urodzenia dd-mm-rrrr	Miejsce urodzenia
PESEL	
Uprawiana dyscyplina sportu	
Zawód wykonywany	
Adres zameldowania	Kod poczt. Poczta
Ulica	Nr domu
Nr lokalu	Miejscowość
Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny:	
Adres do korespondencji	Kod poczt. Poczta
Ulica	Nr domu
Nr lokalu	Miejscowość
Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny:	
Telefon kontaktowy	
E-mail	
II. DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIONEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA <i>(należy wypełnić w przypadku, gdy wypadkowi uległ nieletni ubezpieczony lub w przypadku zgonu ubezpieczonego)</i>	
Nazwisko	
Pierwsze imię	Drugie imię
Data urodzenia dd-mm-rrrr	Miejsce urodzenia
PESEL	
Adres do korespondencji	Kod poczt. Poczta
Ulica	Nr domu
Nr lokalu	Miejscowość
Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny:	
Telefon kontaktowy	
E-mail	

III. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia dd-mm-rrrr godz. ggmm

Miejsce

Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco)

Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie, podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji lub prokuratury.

Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po zajściu zdarzenia?

Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym ubezpieczony leczył się po zajściu zdarzenia.

Czy narząd(y) opisywany(e) w punkcie: „Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia” był(y) uszkodzony(e) w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia? TAK data wypadku dd-mm-rrrr NIECzy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)? TAK data zakończenia leczenia dd-mm-rrrr NIEJestem praworęczny TAK NIECzy w chwili zdarzenia ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii? TAK NIE

Nazwa i numer dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu wg stosownych przepisów prawa (proszę podać jeżeli ubezpieczony w chwili zdarzenia prowadził jakiegokolwiek pojazd).

IV. DYSPOZYCJA WYPŁATY

Proszę o wypłacenie należnego mi świadczenia:

 przelewem na rachunek bankowy nr
 inne **V. ZAŁĄCZNIKI**

- deklaracja przystąpienia PZU Życie SA/polisa ubezpieczeniowa PZU Życie SA
- polisa ubezpieczeniowa PZU SA
- dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu
- dokumentacja z leczenia (np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, książeczka zdrowia, historia choroby z przychodni itp.)
- inne (proszę wymienić, jakie)

VI. OŚWIADCZENIENazwisko ubezpieczonego Pierwsze imię Drugie imię

1. W przypadku wystąpienia zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU SA i/lub PZU Życie SA upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU SA i/lub PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU SA i/lub PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem.
 2. Zostałam poinformowana/Zostałam poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest PZU SA i/lub 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 realizacja umowy ubezpieczenia.
 3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.
 4. Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU SA i/lub PZU Życie SA.
 5. Przyjmuję do wiadomości, że w PZU Życie SA 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 – dotyczy tylko osób, które są ubezpieczone w PZU Życie SA.
 6. W PZU SA sposób rozpatrywania skarg i zażaleń określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU SA i/lub PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o świadczenie z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
- Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego „ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.
- Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

----- -----

----- -----

Miejscowość Podpis ubezpieczonego

VIII. DOTYCZY UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNIE KONTYNUOWANEGO W PZU ŻYCIE SA

Ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane typ _____

Polisa nr _____ Początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego dd-mm-rrrr

Składkę ubezpieczeniową w kwocie _____ zł za okres _____ (dotyczy miesiąca, w którym nastąpiło zdarzenie) na sumę ubezpieczenia _____ opłacono dnia dd-mm-rrrr.

 Miejsowość dd-mm-rrrr -----
 Podpis ubezpieczającego

WYPEŁNIA PZU SA/PZU ŻYCIE SA

IX. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA

Rodzaj dokumentu tożsamości	Rodzaj dokumentu	_____
DO - dowód osobisty	Seria i numer	_____
PA - paszport	Wydany dnia	dd-mm-rrrr
DT - dowód tymczasowy	Wydany przez	_____
KS - karta stałego pobytu		_____
KC - karta czasowego pobytu		_____

Sprawdzono pod względem formalnym (potwierdzenie danych z dokumentu tożsamości).

 Pieczętka i podpis pracownika
 PZU Życie SA lub PZU SA

dd-mm-rrrr dd-mm-rrrr

 Pieczętka i podpis upoważnionego
 pracownika PZU SA -----
 Pieczętka i podpis upoważnionego
 pracownika PZU Życie SA