



Druk zgłoszenia szkody z ubezpieczeń NNW*

Numer szkody

Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko:

PESEL data urodzenia - - r.

Adres zamieszkania: -

Tel.: kontaktowy 1 kontaktowy 2 E-mail:

Adres koresp. -

Dane Ubezpieczającego (np. w przypadku ubezpieczeń zbiorowych / grupowych – dane Szkoły, Zakładu Pracy, itp.)

Nazwa / Imię i nazwisko, Adres:

Umowa ubezpieczenia:

Seria i nr polisy: Okres ubezpieczenia od do

Dane Przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego (np. rodzice, opiekun)

Imię i nazwisko:

PESEL data urodzenia - - r.

Adres zamieszkania: -

Tel.: kontaktowy 1 kontaktowy 2 E-mail:

Wymieniona osoba jest: Rodzicem Innym przedstawicielem ustawowym

Dane Uprawnionego do świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania: -

Tel.: kontaktowy 1 kontaktowy 2 E-mail:

Dane o zdarzeniu

Data zdarzenia: - - godz. :

Miejsce zdarzenia:

Zgłoszone zdarzenie dotyczy:

1. **Nieszczęśliwego wypadku**, którego skutkiem jest: doznanie obrażeń ciała przez Ubezpieczonego

..... śmierć Ubezpieczonego w dniu - - r.

2. **Pobytu w szpitalu z powodu innego niż nieszczęśliwy wypadek**, z powodu:

Choroby Porodu Innego (jakiego?):

3. **Leczenia ambulatoryjnego z powodu innego niż nieszczęśliwy wypadek**

a. Proszę podać przyczynę wizyty u lekarza:

b. Proszę podać wysokość poniesionych kosztów leczenia:

c. Kto pokrył wyżej wymienione koszty leczenia?

Opis zdarzenia:

Informacje dotyczące obrażeń ciała /doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. Proszę wymienić odniesione w wypadku obrażenia ciała:

2. Czy leczenie zostało już zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)?

Tak Nie , proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia: Nie wiem

3. Czy części ciała uszkodzone w tym wypadku były uszkodzone wcześniej w wyniku innego wypadku / choroby?

Tak , proszę podać datę wypadku - - r. Nie Nie wiem

4. Kto udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej po wypadku?

Pogotowie Ratunkowe Przychodnia Szpital Inny podmiot Brak

5. Proszę podać nazwę i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy:

6. Czy Ubezpieczony leczył się po wypadku w szpitalu, klinice?

Tak , proszę podać nazwę i adres placówki oraz okres pobytu w szpitalu, klinice:

Nie Nie wiem

Świadkowie zdarzenia - (naoczni lub którzy pojawili się na miejscu zdarzenia w krótkim czasie po jego zaistnieniu)

Imię i nazwisko: (1) (2)

Adres zamieszkania:

..... Telefon: Tel.:

Powiadomienie Policji o zdarzeniu

Czy o zdarzeniu powiadomiono Policję? Tak Nie

Nazwa i adres jednostki:

Czy w sprawie było / jest prowadzone postępowanie karne?

Tak , proszę wskazać organ prowadzący (Prokuratura, Sąd), jego adres i ewentualnie nr sprawy:

Nie Nie wiem

Informacja o zawartych ubezpieczeniach NNW

Czy Ubezpieczony posiada polisę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w PZU SA lub w PZU Życie SA?

Tak Nie Nie wiem

Czy została zgłoszona szkoda z tej polisy?

Tak w PZU SA (nazwa jednostki):

w PZU Życie SA (nazwa jednostki):

Nie Nie wiem

Proszę dodatkowo uzupełnić poniższe dane

1. Proszę podać:

a. zawód wykonywany przez Ubezpieczonego (jaki?):

b. uprawiana dyscyplina sportu przez Ubezpieczonego (jaka?):

2. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony prowadził jakikolwiek pojazd?

Tak , proszę podać nazwę i nr dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia (np. prawo jazdy, karta rowerowa, karta motorowerowa):

Nie Nie wiem

W przypadku szkody z ubezpieczenia „Bezpieczny pobyt” proszę dodatkowo wskazać:

1. Cel przyjazdu: Turystyka Praca Wyczynowe uprawianie sportu Amatorskie uprawianie sportu

2. Wysokość poniesionych kosztów leczenia:

3. Kto pokrył wyżej wymienione koszty leczenia?

Dane Zgłaszającego szkodę

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Tel.: kontaktowy 1 kontaktowy 2

Oświadczam, że:

1. Zostałem (-am) poinformowany (-a), że moje dane osobowe będą przetwarzane przez PZU SA * PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia oraz że mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.

2. Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą.

Miejscowość, data: Czytelny podpis Zgłaszającego szkodę:

Własnoręczność podpisu Pani/Pana: stwierdzam na podstawie:

Seria: Nr: Wydanego przez: Dnia:

Miejscowość, data: Pieczętka i podpis pracownika PZU SA:

Oświadczenia Ubezpieczonego/Uprawnionego/Przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że:

1. Należne odszkodowanie należy przekazać:

- a. na rachunek bankowy numer:
- b. gotówką w kasie banku (wskazanego przez PZU)

2. Zostałem (-am) poinformowany (-a), że moje dane osobowe będą przetwarzane przez PZU SA * PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia oraz że mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA * PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu realizacji umowy ubezpieczenia.

4. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielenia PZU SA * PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU SA * PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia.

5. Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez PZU SA * PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU SA * PZU Życie SA.

6. Jeżeli warunki umowy przewidują badanie lekarskie, a dokumentacja przedłożona do szkody/sprawy będzie wystarczająca, wyrażam zgodę na rozpatrzenie zgłoszenia bez przeprowadzenia badania lekarskiego. Tak Nie

7. Zgodnie z art. 16 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz. U. 2003r., nr 124, poz. 1151 z późn. zm.) wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody/przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

Tak Nie

8. Sposób rozpatrywania skarg i zażaleń przez PZU SA określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

9. Zostałem (-am) poinformowany (-a), 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.

10. Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą.

Miejscowość, data: Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego/

Przedstawiciela ustawowego

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU SA * PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o szkodę/świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia.

Potwierdzenie własnoręczności podpisu Ubezpieczonego/Uprawnionego/Przedstawiciela ustawowego

Własnoręczność podpisu Pani/Pana: stwierdzam na podstawie:

Seria: Nr: Wydanego przez: Dnia:

Miejscowość, data: Pieczętka i podpis pracownika PZU SA:

Powyższe informacje zostały sporządzone w oparciu o rozmowę telefoniczną/ zgłoszenie internetowe. Tak Nie

Niniejszy druk zgłoszenia szkody znajduje zastosowanie także do szkód zgłaszanych z ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego oraz ubezpieczenia niekorzystnych następstw planowanych zabiegów operacyjnych oraz porodów.

