PZU

Internet www.pzu.pl
Infolinia 801 102 102

(pieczęć wpływu jednostki PZU SA przyjmującej zgłoszenie)

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA przyjmującej zgłoszenie)

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA obsługującej ubezpieczenie)

ZGŁOSZENIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE[1)]

I. DANE O UBEZPIECZENIU

Nazwa ubezpieczenia _____

Umowa nr _____

II. DANE O UBEZPIECZENIACH ZWIĄZANYCH ZE ZGŁOSZONYM ZDARZENIEM

Czy w związku ze zgłaszanym zdarzeniem ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem z tytułu innych ubezpieczeń w PZU SA lub PZU Życie SA, jeżeli tak, proszę podać numer umowy i nazwę jednostki? ☐ TAK ☐ NIE

PZU SA Nazwa jednostki _____

Nazwa ubezpieczenia _____ Umowa nr _____

PZU ŻYCIE SA Nazwa jednostki _____

Nazwa ubezpieczenia _____ Umowa nr _____

Czy wypadek został już zgłoszony, jeśli tak proszę podać nazwę jednostki PZU SA lub PZU Życie SA? ☐ TAK ☐ NIE

_____

III. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Data urodzenia __-__-____ Miejsce urodzenia _____

Adres korespondencyjny Kod pocztowy __-___ Poczta _____ Miejscowość _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Telefon kontaktowy _____

E-mail _____

Kraj ☐ Polska ☐ inny _____ Kraj stałego zamieszkania _____
(prosimy wpisać nazwę kraju)

IV. DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE *(prosimy wypełnić tylko w przypadku, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)*

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Data urodzenia __-__-____ Miejsce urodzenia _____

Nazwa[2)] _____

REGON[2)] _____

Adres korespondencyjny Kod pocztowy __-___ Poczta _____ Miejscowość _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Telefon kontaktowy _____

E-mail _____

Kraj ☐ Polska ☐ inny _____ Kraj stałego zamieszkania _____
(prosimy wpisać nazwę kraju)

V. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia __-__-____ godz. __:__ Miejsce zdarzenia _____

Przedmiot wnioskowania:

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany

☐ nieszczęśliwym wypadkiem (w życiu codziennym, w pracy, komunikacyjnym, innym…..)

☐ zawałem serca/ krwotokiem śródmózgowym

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA/ PZU SA

Nr sprawy

_____

_____

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 przed i po zajściu zdarzenia oraz nazwisko, imię i adres lekarza pierwszego kontaktu:

Czy narząd(y) opisywany w punkcie: „Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia" był(y) uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia?

☐ TAK data wypadku ___-___-_____

☐ NIE

Czy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)?

☐ TAK ☐ NIE

Ubezpieczony jest osobą

☐ Praworęczną ☐ Leworęczną

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) ☐ wypełniony i podpisany przez ubezpieczającego formularz „potwierdzenie zgłoszenia roszczenia przez ubezpieczającego" (dot. ubezpieczeń grupowych),
3) dokument tożsamości – do wglądu,
4) ☐ dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu _____ ,
5) ☐ dokumentacja z leczenia (np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, książeczka zdrowia, historia choroby z przychodni itp.),
6) ☐ dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
7) ☐ pełnomocnictwo do reprezentowania ubezpieczonego (jeśli ubezpieczony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
8) ☐ inne *(proszę wymienić jakie)* _____

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

VII. DYSPOZYCJA WYPŁATY *(prosimy o wpisanie sposobu wypłaty świadczenia)*

☐ w procencie świadczenia ___ % ☐ w kwocie ______________________ zł

☐ na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia[3] ______________________

(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)

☐ przelewem na rachunek bankowy

rachunek bankowy numer: __ ____ ____ ____ ____ ____ ____

☐ inne ______________________

☐ w procencie świadczenia __ % ☐ w kwocie ______________________ zł

☐ na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia[3] ______________________

(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)

☐ przelewem na rachunek bankowy

rachunek bankowy numer: __ ____ ____ ____ ____ ____ ____

☐ inne ______________________

Pozostałą część świadczenia:

☐ na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia[3] ______________________

(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)

☐ przelewem na rachunek bankowy

rachunek bankowy numer: __ ____ ____ ____ ____ ____ ____

☐ inne ______________________

VIII. 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 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 wykonanie 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.
4. W PZU SA sposób rozpatrywania skarg i zażaleń określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
5. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem 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.

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU SA i/lub PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o szkodę/świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia.
Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne".
Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/odpowiedziałam zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie.
Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

6. ☐ Wyrażam zgodę ☐ nie wyrażam zgody na przetwarzanie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.
7. ☐ Wyrażam zgodę ☐ nie wyrażam zgody 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.
8. ☐ Wyrażam zgodę ☐ nie wyrażam zgody na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody/przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

______________________ (miejscowość)

__-__-____ (data)

(czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA/ WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY ZAKŁAD PRACY

IX. POTWIERDZENIE WŁASNORĘCZNOŚCI PODPISU ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

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

(pieczątka imienna i podpis osoby upoważnionej przez PZU Życie SA/ osoby upoważnionej przez ubezpieczający zakład pracy)

1) zgłaszającym roszczenie może być: ubezpieczony, pełnomocnik ubezpieczonego, przedstawiciel ustawowy ubezpieczonego, cesjonariusz, prawny spadkobierca ubezpieczonego.
2) prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.
3) PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy. W tym przypadku PZU Życie SA zwraca wnioskującemu kwotę wpłaconą na poczet składki w pełnej wysokości, zadeklarowana wysokość kwoty na poczet składki nie może być niższa od wysokości minimalnej, określonej przez PZU Życie SA.