



ZGŁOSZENIE SZKODY

z ubezpieczenia¹⁾: **WOJAŻER** **KL i NNW ZA GRANICĄ**

Imię i nazwisko Data urodzenia:

PESEL Telefon:; e-mail:

Seria i nr polisy strefa/wariant²⁾

Okres ubezpieczenia: od do

Cel wyjazdu: ¹⁾

- 1) turystyka/praca umysłowa/nauka
- 2) uprawianie narciarstwa rekreacyjnego
- 3) uprawianie sportu wyczynowo, tj. branie udziału w treningach, zawodach, imprezach, obozach kondycyjnych i szkoleniowych; nazwa uprawianej dyscypliny:
- 4) uprawianie sportów wysokiego ryzyka³⁾; nazwa uprawianej dyscypliny:
- 5) praca fizyczna

Czy zgłaszane roszczenie dotyczy: ¹⁾

- 1) nagłego zachorowania 2) nieszczęśliwego wypadku 3) bagażu podróżnego³⁾
- 4) odwołania uczestnictwa w zagranicznej imprezie turystycznej 5) odpowiedzialności cywilnej³⁾
- lub wcześniejszego z niej powrotu³⁾

Data zachorowania, nieszczęśliwego wypadku lub innego zdarzenia przewidzianego umową	Dzień	M-c	Rok	Godz.	Kraj i miejscowość	Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był w stanie nietrzeźwości, lub po zażyciu leków lub narkotyków? ¹⁾ TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Miejsce, okoliczności i opis zachorowania, nieszczęśliwego wypadku lub innego zdarzenia przewidzianego umową (podać dokładnie i wyczerpująco)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy roszczenie z tytułu NNW było zgłoszone w innej jednostce terenowej PZU SA lub PZU Życie SA:¹⁾ NIE TAK

Jeśli tak, proszę podać nazwę tej jednostki

Jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub inne zdarzenie przewidziane umową były następstwem wypadku drogowego, należy podać:

- 1) kto był sprawcą wypadku
- 2) czy był(a) Pan(i)¹⁾ kierowcą, (kat. i nr prawa jazdy), pasażerem, pieszym
- 3) markę i nr rej. pojazdu, w którym się Pan(i) znajdował(a)
- 4) który posterunek policji przyjął zgłoszenie wypadku

Udzielona pomoc dotyczyła:¹⁾1) leczenia ambulatoryjnego 2) leczenia szpitalnego 3) innych usług gwarantowanych w umowie

jakich:

Wysokość kosztów: 1) leczenia 2) transportu 3) innych usług

Czy podane wyżej koszty zostały uregulowane?¹⁾ TAK NIE Jeśli tak, proszę podać przez kogoCzy kontaktował(a) się Pan(i) z **Centrum Alarmowym PZU?**¹⁾ TAK, Nr sprawy: NIE**WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY – dotyczy umów wielokrotnego wyjazdu pracowników do pracy lub w delegacje służbowe:**

Potwierdzamy, że poszkodowany w dacie zgłoszonego zdarzenia przebywał służbowo za granicą: od: do :

..... (miejsowość i data) (pieczęć Ubezpieczającego) (podpis Głównego Księgowego)

DYSPOZYCJA WYPŁATY – należne świadczenie proszę przekazać:1) na rachunek złotówkowy nr w banku; właściciel rachunku
(imię i nazwisko oraz dokładny adres z kodem pocztowym)2) przekazem pocztowym na adres:
(imię i nazwisko oraz dokładny adres z kodem pocztowym)**Oświadczam, że:**1) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA moich danych, dotyczących stanu zdrowia w celu realizacji umowy ubezpieczenia.2) **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.**Oświadczam**, że koszty, które poniosłam(em) w związku ze zgłoszoną szkodą są, nie są¹⁾ ubezpieczone w innym zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia „tak”, na podstawie przepisu art. 824¹ § 2 kodeksu cywilnego, prosimy o wypełnienie poniższej tabeli:

Nazwa i adres zakładu, w którym zawarto ubezpieczenie:		
Nazwa ubezpieczenia:	Numer dokumentu ubezpieczenia (polisy):	Przedmiot ubezpieczenia:
Rodzaj ryzyk (zdarzeń losowych) objętych ubezpieczeniem:	Okres na jaki zawarto ubezpieczenie: od do	Suma ubezpieczenia:

....., dnia r.
(miejsowość) (czytelny podpis Ubezpieczonego)**Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu szkody.**Data:

Podpis:

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji przez PZU SA zgłaszanej szkody.

Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”.

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania

Załączniki:¹⁾ diagnoza choroby, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, świadectwo lekarskie uzasadniające wydatki, oryginały rachunków i dowody zapłaty rachunków (za wizyty lekarskie, zakup leków, umowa uczestnictwa w zagranicznej imprezie turystycznej, potwierdzone przez organizatora imprezy turystycznej oświadczenie o odwołaniu uczestnictwa, zaświadczenie organizatora imprezy o wysokości potrąceń z tytułu odwołania uczestnictwa w imprezie turystycznej, potwierdzenie utraty, zniszczenia lub uszkodzenia bagażu, pokwitowanie powierzenia bagażu zawodowemu przewoźnikowi, przechowalni, dowód zapłaty za parking strzeżony), inne**Adnotacje przyjmującego „Zgłoszenie szkody”:**Data:
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe)

1) odpowiednio proszę zaznaczyć X

2) niepotrzebne proszę skreślić

3) dotyczy tylko ubezpieczenia WOJAŻER