



Udzielona pomoc dotyczyła:<sup>1)</sup>

leczenia ambulatoryjnego  leczenia szpitalnego  innych usług gwarantowanych w umowie \_\_\_\_\_  
jakich

Wysokość kosztów:  leczenia \_\_\_\_\_  transportu \_\_\_\_\_  innych usług \_\_\_\_\_

Czy podane wyżej koszty zostały uregulowane?  TAK  NIE Jeśli tak, proszę podać przez kogo \_\_\_\_\_

Czy kontaktowa(a) się Pan(i) z Centrum Pomocy PZU?<sup>1)</sup>  TAK  NIE Nr sprawy \_\_\_\_\_

#### IV Dyspozycja wypłaty

Należne świadczenie proszę przekazać

1.  rachunek bankowy

\_\_\_\_\_  
Rachunek bankowy numer (zgodny z formatem NRB – 26 cyfr)

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko, adres beneficjenta

2.  przekazem pocztowym

\_\_\_\_\_  
Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

#### V Oświadczenie

Oświadczam, że:

1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przekazanych przeze mnie PZU SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi. Zgoda jest dobrowolna ale konieczna w celu realizacji umowy.

2) wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez PZU SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU SA.

Oświadczam, że koszty, które poniosłam/em w związku ze zgłoszoną szkodą  są,  nie są<sup>1)</sup> ubezpieczone w innym zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia „TAK”, na podstawie przepisu art. 824<sup>1</sup> § 2 kodeksu cywilnego, prosimy o wypełnienie:

\_\_\_\_\_  
Nazwa i adres zakładu (innego niż PZU SA), w którym zawarto ubezpieczenie

\_\_\_\_\_  
Nazwa ubezpieczenia

\_\_\_\_\_  
Numer dokumentu ubezpieczenia (polisy)

\_\_\_\_\_  
Przedmiot ubezpieczenia

\_\_\_\_\_  
Rodzaj ryzyk (zdarzeń losowych) objętych ubezpieczeniem

Okres na jaki zawarto ubezpieczenie od DD – MM – RRRR do DD – MM – RRRR  
Data

\_\_\_\_\_  
Suma ubezpieczenia

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

DD – MM – RRRR  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu szkody.

DD – MM – RRRR  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego

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”.

#### VI Załączniki<sup>1)</sup>

- diagnoza choroby, karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby,
- oryginały rachunków i dowodów zapłaty (za wizyty lekarskie, zakup leków, inne),
- umowa uczestnictwa w zorganizowanym wypoczynku, zaświadczenie organizatora wypoczynku o wysokości potrąceń z tytułu rezygnacji,
- potwierdzenie utraty, zniszczenia lub uszkodzenia bagażu, wykaz utraconych przedmiotów,
- inne \_\_\_\_\_

#### VII Adnotacje przyjmującego „Zgłoszenie szkody”

\_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Zaznaczyć odpowiednie.

DD – MM – RRRR  
Data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko, stanowisko służbowe