



Ubezpieczenia grupowe  
Infolinia: 22 566 55 66  
www.znamysie.pl

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA  
przyjmującej zgłoszenie)

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA  
obsługującej ubezpieczenie)

## POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

Wszelkie informacje dotyczące poprawności wypełnienia druku zamieszczone są w wytycznych dostępnych w Punktach Obsługi Klienta lub na naszych stronach internetowych.

### WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY

#### ZGŁOSZENIE ZDARZENIA

urodzenie dziecka  zgon  zdarzenie medyczne (np. pobyt w szpitalu, operacja, choroba, trwałe inwalidztwo)  wykup/wypłata (zdarzenie kapitałowo-inwestycyjne)

#### I. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

#### II. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA I UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa ubezpieczenia \_\_\_\_\_  
Umowa nr \_\_\_\_\_ Nr rachunku (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) \_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
Nazwa<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
REGON<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Prosimy wpisać, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Kraj  Polska  inny \_\_\_\_\_ Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na dokonanie wykupu – dotyczy ubezpieczeń, w których, dokonanie wykupu jest możliwe za zgodą ubezpieczającego, zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Prosimy o wypełnienie poniższych danych w przypadku ubezpieczeń grupowych.

Data przekazania ostatniej składki za ubezpiezonego \_\_\_\_\_  
Data rozwiązania stosunku pracy z ubezpieczonym \_\_\_\_\_  
Składkę za ubezpiezonego za okres, w którym nastąpiło zdarzenie, potrącono / przekazano dnia \_\_\_\_\_  
Oświadczam, że zostaliśmy poinformowani o zajściu zdarzenia objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA.

W przypadku zwrotu z PPE prosimy wpisać dane dotyczące ZUS:

Nazwa oddziału ZUS (właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpiezonego) \_\_\_\_\_  
Nr rachunku bankowego ZUS \_\_\_\_\_

(miejscowość)

(data)

Czytelny podpis ubezpieczającego  
(jeśli ubezpieczający jest osobą fizyczną)

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka imienna i podpis osoby  
upoważnionej przez ubezpieczającego