

Nr polisy



CENTRUM MEDYCZNE: TEL. 801 102 102, 22 2 102 102

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZAGRANICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ
DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY

I Dane dotyczące ubezpieczenia i ubezpieczonego (wypełnia uprawniony)

Ubezpieczenie podstawowe Grupowe ubezpieczenie na życie typ P Grupowe ubezpieczenie pracownicze typ P Plus
 Grupowe ubezpieczenie na życie Pełnia Życia inne

Nazwisko _____ Pierwsze imię _____
Drugie imię _____ Data urodzenia DD - MM - RRRR PESEL _____
Adres do korespondencji _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____
Kraj _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____ Miejscowość _____
Telefon kontaktowy 1 _____ 2 _____ e-mail _____

II Dane współubezpieczonego małżonek dziecko (należy wypełnić jeżeli zgłoszenie dotyczy współubezpieczonego)

Nazwisko _____ Pierwsze imię _____
Drugie imię _____ Data urodzenia DD - MM - RRRR PESEL _____
Adres do korespondencji _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____
Kraj _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____ Miejscowość _____
Telefon kontaktowy 1 _____ 2 _____ e-mail _____

III Informacje o chorobie

1. Zwięźle opis problemu medycznego, którego ma dotyczyć zagraniczna konsultacja medyczna

2. Schorzenia (choroby) towarzyszące

3. Z jakiego powodu chce Pan/i uzyskać zagraniczną konsultację medyczną potwierdzenie obecnej diagnozy wątpliwości co do obecnej diagnozy

wątpliwości co do słuszności proponowanego dalszego leczenia wątpliwości diagnostycznych sprawdzenia, czy są inne alternatywne sposoby leczenia

uzyskania pomocy w wybraniu jednej z zaproponowanych metod leczenia

inny (opisać jaki) _____

4. Jaką dokumentację medyczną Pan/i posiada (karty informacyjne, wypisy, opisy badań, zdjęcia, zaświadczenia itp.) prosimy opisać w części V załączniki

5. Czy ma Pan/i lekarza prowadzącego TAK NIE

6. Czy wyraża Pan/i zgodę na kontakt z lekarzem prowadzącym TAK NIE

imię i nazwisko lekarza _____

Adres do korespondencji

Telefon kontaktowy

IV Dyspozycja kontaktowania się w sprawach związanych z uzyskaniem zagranicznej konsultacji medycznej

Proszę o przesyłanie wszelkiej korespondencji, w tym zagranicznej konsultacji medycznej: na adres wnoszącego na niżej wskazany adres¹:

Imię i nazwisko uprawnionego

Adres

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kraj Kod pocztowy Pocztą Miejscowość

Telefon kontaktowy **1** **2** e-mail

V Załączniki

dokumentacja medyczna (proszę wymienić jaka)

skrócony odpis aktu małżeństwa skrócony odpis aktu urodzenia inne (proszę wymienić jakie)

VI Oświadczenie

W przypadku zastępstwa ubezpieczonego / współubezpieczonego przez osobę trzecią:

Niniejszym upoważniam Pana Panią

legitymującego/ą się dowodem osobistym nr do reprezentowania mnie we wszelkich sprawach związanych z uzyskaniem

Zagranicznej Konsultacji Medycznej.

1. Zostałem poinformowany /zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia.
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 dnia otrzymania, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie, zawiadamia wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA oraz przekazanie ich do państwa trzeciego w celu realizacji umowy ubezpieczenia.
5. *Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U.2013 poz. 950).
6. *Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA. Powyższe dane podaję dobrowolnie.

Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

* W przypadku zgody proszę wstawić X w pole

- -

Miejscowość Data Podpis ubezpieczonego Podpis współubezpieczonego

Klauzula informacyjna:

Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem przetwarzania podanych danych osobowych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Dokumenty prosimy przekazać listem poleconym na adres:

PZU Pomoc SA
al. Jana Pawła II 24
00-133 Warszawa

Na kopercie prosimy dopisać: Zagraniczna Opinia Medyczna

¹ Dotyczy osoby uprawnionej, wskazanej przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w oświadczeniu.