

Udzielona pomoc dotyczyła:¹⁾

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 Alarmowym PZU?¹⁾ 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 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:

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

Nazwa ubezpieczenia

Numer dokumentu ubezpieczenia (polisy)

Przedmiot ubezpieczenia

Okres na jaki zawarto ubezpieczenie od - - do - -

Rodzaj ryzyk (zdarzeń losowych) objętych ubezpieczeniem

Okres na jaki zawarto ubezpieczenie

od

do

Data

Suma ubezpieczenia

- -

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

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

- -

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”.

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.

VI. Załączniki¹⁾

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”

- -

Data

Imię i nazwisko, stanowisko służbowe

¹⁾ Zaznaczyć odpowiednie