ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA PZU WOJAŻER

I Dane dotyczące ubezpieczonego

Imię i nazwisko

Data urodzenia DD – MM – RRRR

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

PESEL

Telefon kontaktowy

E-mail

Seria i numer polisy

od DD – MM – RRRR do DD – MM – RRRR

II Cel wyjazdu

☐ turystyka ☐ nauka / praca umysłowa ☐ praca fizyczna ☐ uprawianie narciarstwa lub snowboardu na oznakowanych trasach zjazdowych

☐ uprawianie sportu wyczynowo, tj. branie udziału w treningach, zawodach, imprezach obozach kondycyjnych i szkoleniowych — nazwa uprawianej dyscypliny

☐ uprawianie sportów wysokiego ryzyka — nazwa uprawianej dyscypliny

III Zgłaszane roszczenie dotyczy

☐ nagłego zachorowania ☐ nieszczęśliwego wypadku ☐ bagażu podróżnego ☐ rezygnacji z uczestnictwa albo skrócenie uczestnictwa w zorganizowanym wypoczynku ☐ odpowiedzialności cywilnej ☐ inne

Data zachorowania, nieszczęśliwego wypadku lub innego zdarzenia przewidzianego umową — Data DD – MM – RRRR; Godzina GG; Kraj; Miejscowość

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był w stanie nietrzeźwości lub po zażyciu leków lub narkotyków? [1)] ☐ TAK ☐ NIE

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

Diagnoza

Opis leczenia

Czy roszczenie z tytułu NNW było zgłoszone w PZU w ramach innego ubezpieczenia? ☐ TAK ☐ NIE

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 (kategoria i numer prawa jazdy) ☐ pasażerem ☐ pieszym
3. Marka i numer rejestracyjny pojazdu, w którym się Pan(i) znajdował(a)
4. Który posterunek policji przyjął zgłoszenie wypadku

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 kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Pomocy PZU?[1)] ☐ TAK Nr sprawy ☐ NIE

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[1)] ubezpieczone w innym zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia „TAK", na podstawie przepisu art. 824^1 § 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[1)]

☐ 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"

[1)] Zaznaczyć odpowiednie.

DD – MM – RRRR

Data

Imię i nazwisko, stanowisko służbowe