



PZU

Internet www.pzu.pl
Infolinia 801 102 102

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA
przyjmującej zgłoszenie)

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA
obsługującej ubezpieczenie)

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

I. DANE O UBEZPIECZENIU

Nazwa ubezpieczenia _____
Umowa nr _____ Nr rachunku (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) _____

II. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko _____ Imię _____
PESEL _____ Data urodzenia _____ Miejsce urodzenia _____
Adres korespondencyjny Kod pocztowy _____ Poczta _____ Miejscowość _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Telefon kontaktowy _____
E-mail _____
Kraj Polska inny _____ Kraj stałego zamieszkania _____
(prosimy wpisać nazwę kraju)

III. DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)

Nazwisko _____ Imię _____
PESEL _____ Data urodzenia _____ Miejsce urodzenia _____
Nazwa¹⁾ _____
REGON¹⁾ _____
Adres korespondencyjny Kod pocztowy _____ Poczta _____ Miejscowość _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Telefon kontaktowy _____
E-mail _____
Kraj Polska inny _____ Kraj stałego zamieszkania _____
(prosimy wpisać nazwę kraju)

IV. PRZEDMIOT WNIOSKOWANIA

- pobyt w szpitalu
- operacja chirurgiczna
- uszkodzenie ciała (np. złamanie kości, inwalidztwo)
- inne zdarzenie (np. choroba) _____
- zawał serca lub krwotok śródmózgowy
- niezdolność do pracy
- utrata zdrowia przez dziecko
- Imię dziecka _____ Nazwisko dziecka _____

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Kod warunków	Ubezpieczenie podstawowe	Ubezpieczenie dodatkowe	Nr sprawy
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

V. INFORMACJE O ZDARZENIU

Przyczyna zdarzenia:

Wypadek komunikacyjny lotniczy w wyniku uprawiania sportów w pracy inny _____

Data wypadku ____-____-____ Godzina wypadku ____ : ____ Miejsce wypadku _____

Poszkodowany jest osobą praworęczną leworęczną

choroba (prosimy wpisać jaka) _____

inna przyczyna (prosimy wpisać przyczynę zdarzenia) _____ Data zdarzenia ____-____-____

Jeżeli zgłaszane zdarzenie (np. pobyt w szpitalu, operacja, złamanie kości, niezdolność do pracy) zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o opisanie dokładnie i wyczerpująco okoliczności wypadku. Jeżeli przyczyną zgłaszanego zdarzenia jest choroba prosimy o opis przebiegu choroby.

Okoliczności wypadku (jeśli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie prosimy także podać nazwę i adres policji lub prokuratury):

Przebieg choroby (krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia):

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej? (prosimy wpisać w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem)

Placówki służby zdrowia, które sprawowały opiekę medyczną po wypadku lub podczas leczenia choroby (prosimy podać nazwę, adres, nazwisko lekarza):

Pobyt na przepustkach (jeżeli ubezpieczony podczas pobytu w szpitalu korzystał z przepustek prosimy wpisać okresy wszystkich przepustek):

VI. DOKUMENTY ZŁOŻONE W CELU ROZPATRZENIA ROSZCZENIA (prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)

1. wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia,
2. karta informacyjna leczenia szpitalnego lub dokument potwierdzający pobyt w szpitalu,
3. karta informacyjna z placówki medycznej,
4. dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby/pobyt w szpitalu/poważne uszkodzenie ciała/trwałe inwalidztwo/złamanie kości/przeprowadzenie operacji chirurgicznej – w zależności od zdarzenia,
5. dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
6. dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy w dniu zdarzenia,
7. karta wypisowa z oddziału intensywnej terapii – w przypadku pobytu na oddziale intensywnej terapii,
8. orzeczenie lekarskie podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności do pracy – dotyczy zgłoszenia niezdolności do pracy,
9. zwolnienie lekarskie albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieraniu zasiłku chorobowym,
10. pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
11. dokument tożsamości – do wglądu,
12. inne _____

PZU Życie SA zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

VII. DYSPOZYCJA WYPŁATY (prosimy o wpisanie sposobu wypłaty świadczenia)

w procencie świadczenia ____% w kwocie _____ zł

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia²⁾ _____
(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)

przelewem na rachunek bankowy

rachunek bankowy numer: _____

inne _____

w procencie świadczenia ____% w kwocie _____ zł

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia²⁾ _____
(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)

przelewem na rachunek bankowy

rachunek bankowy numer: _____

inne _____

Pozostałą część świadczenia:

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia²⁾ _____
(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)

przelewem na rachunek bankowy

rachunek bankowy numer: _____

inne _____

VIII. OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Oświadczam, że:

- Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
- Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, że administratorem moich danych osobowych jest PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.
- 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.
- 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.
- Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

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

_____ (miejsceowość)

_____ (data)

_____ (czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA/ WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY ZAKŁAD PRACY

IX. POTWIERDZENIE WŁASNORĘCZNOŚCI PODPISU ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Rodzaj dokumentu tożsamości:

DO – dowód osobisty

PA – paszport

KP – karta pobytu

PJ – prawo jazdy (emisja od 01.07.1999 r.)

Rodzaj dokumentu _____

Seria i numer _____

Wydany dnia _____

Wydany przez _____

NIK _____

NEPU _____

osoby przyjmującej dyspozycję

_____ (pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej przez PZU Życie SA/ osoby upoważnionej przez ubezpieczający zakład pracy)

¹⁾ prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.
²⁾ PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy. W tym przypadku PZU Życie SA zwraca wnioskującemu kwotę wpłaconą na poczet składki w pełnej wysokości, zadeklarowana wysokość kwoty na poczet składki nie może być niższa od wysokości minimalnej, określonej przez PZU Życie SA.