



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 pobieraniem 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:

1. Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

_____ (miejsowość)

_____ (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.