



PZU SA
PZU Życie SA

ZGŁOSZENIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NW) TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU / TRWAŁEGO INWALIDZTWA

Grupa ubezpieczeniowa
Nr polisy
Kod jednostki PZU S.A.
Nr sprawy PZU S.A.

Grupa ubezpieczeniowa
Nr polisy
Kod warunków
Kod jednostki PZU Życie SA
Nr sprawy PZU Życie SA

Czy w związku z obrażeniami ciała doznanymi w zgłaszanym wypadku ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu innych ubezpieczeń w PZU S.A. lub PZU Życie SA, jeżeli tak, proszę podać numer polisy i nazwę jednostki? TAK NIE

PZU S.A.	Nr polisy	
	Nazwa ubezpieczenia	
	Nazwa jednostki	
PZU Życie SA	Nr polisy	
	Nazwa ubezpieczenia	
	Nazwa jednostki	

Czy wypadek został już zgłoszony, jeśli tak proszę podać nazwę jednostki PZU S.A. lub PZU Życie SA? TAK NIE

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY LUB UPRAWNIONY

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko				
Pierwsze imię			Drugie imię	
Data urodzenia			Miejsce urodzenia	
PESEL				
Uprawiana dyscyplina sportu				
Zawód wykonywany				
Adres zameldowania	Kod pocztowy	<input type="text"/>	Pocztą	
Ulica			Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość			Kraj	
Adres do korespondencji	Kod pocztowy	<input type="text"/>	Pocztą	
Ulica			Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość			Kraj	
Telefon kontaktowy				
E-mail				

DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIONEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA

(należy wypełnić w przypadku, gdy wypadkowi uległ nieletni ubezpieczony lub w przypadku zgonu ubezpieczonego)

Nazwisko				
Pierwsze imię			Drugie imię	
Data urodzenia			Miejsce urodzenia	
PESEL				
Adres do korespondencji	Kod pocztowy	<input type="text"/>	Pocztą	
Ulica			Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość			Kraj	
Telefon kontaktowy				
E-mail				

INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	godz.	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejsce			
Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco)			
Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie, podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji lub prokuratury.			
Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po zajściu zdarzenia?			
Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym ubezpieczony leczyl się po zajściu zdarzenia.			
Czy narząd(y) opisywany w punkcie: „Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia” był(y) uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia?	<input type="checkbox"/> TAK data wypadku <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NIE		
Czy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)?	<input type="checkbox"/> TAK data zakończenia leczenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NIE		
Jestem praworęczny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Nazwa i numer dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu wg stosowanych przepisów prawa (proszę podać jeżeli ubezpieczony w chwili zdarzenia prowadził jakikolwiek pojazd)			

DYSPOZYCJA WYPŁATY

Proszę o wypłacenie należnego mi świadczenia:

- przelewem na rachunek bankowy nr
 inne

ZAŁĄCZNIKI

- deklaracja przystąpienia PZU Życie SA / polisa ubezpieczeniowa PZU Życie SA
 polisa ubezpieczeniowa PZU S.A.
 dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu
 dokumentacja z leczenia (np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, książeczka zdrowia, historia choroby z przychodni itp.)
 inne (proszę wymienić jakie)

OŚWIADCZENIE

Nazwisko Ubezpieczonego

Pierwsze imię

Drugie imię

1. W przypadku wystąpienia zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU S.A. i/lub PZU Życie SA upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU S.A. i/lub PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU S.A. i/lub PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem.
2. Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana, że administratorem moich danych osobowych jest PZU S.A. i/lub 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 realizacja umowy ubezpieczenia.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.
4. Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA.
5. Przyjmuję do wiadomości, że w PZU Życie SA 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 daty otrzymania, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie zawiadamia wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia - dotyczy tylko osób, które są ubezpieczone w PZU Życie SA.
6. W PZU S.A. sposób rozpatrywania skarg i zażaleń określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o świadczenie z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

Zgodnie z art. 6 Kodeksu Cywilnego, „ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.

Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Miejscowość

.....-.....-.....
Data

.....
Podpis Ubezpieczonego

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY (dotyczy ubezpieczenia grupowego)

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA I UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa Ubezpieczającego

Siedziba

Kod pocztowy

.....-.....

Poczta

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kraj

Telefon kontaktowy

Oświadczamy, że poszkodowany jest objęty grupowym ubezpieczeniem NW w PZU S.A. na podstawie deklaracji zgody

z dnia-.....-..... pod poz. wykazu imiennego Nr

Suma ubezpieczenia na wypadek 100% trwałego uszczerbku wynosi zł.

Składkę ubezpieczeniową w kwocie zł za miesiąc r. (dotyczy miesiąca,

w którym wydarzył się wypadek względnie poprzedzającego wypadek) opłacono dnia-.....-.....

Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o zajściu zdarzenia objętego odpowiedzialnością PZU S.A.

Potwierdzam prawdziwość powyższych
informacji

.....
Miejscowość

.....-.....-.....
Data

.....
Pieczęć Ubezpieczającego

.....
Pieczęć i podpis osoby
upoważnionej przez Ubezpieczającego

Grupowe ubezpieczenie pracownicze typ P

Zakres ubezpieczenia podstawowy rozszerzony

Grupowe ubezpieczenie na życie typ ŻYCIE

Grupowe ubezpieczenie na życie typ P

Ubezpieczony jest objęty grupowym ubezpieczeniem w PZU Życie SA od
(proszę podać, o ile to jest możliwe, datę podpisania po raz pierwszy deklaracji)

Początek ubezpieczenia		Początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego		Data potrącenia/przekazania pierwszej składki	
Nr wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia		Pozycja ubezpieczonego w wykazie		Data zatrudnienia ubezpieczonego	

- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
- Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
-

Ubezpieczony jest objęty dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek od (proszę podać, o ile to jest możliwe, datę podpisania po raz pierwszy deklaracji)

Początek ubezpieczenia		Początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego		Data potrącenia/przekazania pierwszej składki	
------------------------	--	--	--	---	--

Nr wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia Pozycja ubezpieczonego w wykazie

Składkę za ubezpieczonego w kwocie za okres (dotyczy okresu, w którym nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe) na sumę ubezpieczenia podstawowego, sumę ubezpieczenia dodatkowego potrącono/przekazano dnia

Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o zajściu zdarzenia objętego odpowiedzialnością PZU Życie SA.

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji

Miejscowość Data Pieczęć Ubezpieczającego Pieczęć i podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

DOTYCZY UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNIE KONTYNUOWANEGO W PZU ŻYCIE SA

Ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane; typ:

Polisa nr		Początek odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego	
-----------	--	--	--

Składkę ubezpieczeniową w kwocie zł za okres r. (dotyczy miesiąca, w którym nastąpiło zdarzenie) na sumę ubezpieczenia opłacono dnia

Miejscowość Data Podpis Ubezpieczającego

WYPEŁNIA PZU S.A. / PZU Życie SA

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA

Rodzaj dokumentu tożsamości: DO – dowód osobisty PA – paszport DT – dowód tymczasowy KS – karta stałego pobytu KC – karta czasowego pobytu	Rodzaj dokumentu seria i numer wydany dnia wydany przez		Sprawdzono pod względem formalnym (potwierdzenie danych z dokumentu tożsamości)
			Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA lub PZU S.A.

.....
Data, pieczętka i podpis upoważnionego pracownika PZU S.A.

.....
Data, pieczętka i podpis upoważnionego pracownika PZU Życie SA