



**Informacje dotyczące obrażeń ciała /doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku**

1. Proszę wymienić odniesione w wypadku obrażenia ciała: .....

.....

.....

2. Czy leczenie zostało już zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)?

Tak  Nie , proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia: ..... Nie wiem

3. Czy części ciała uszkodzone w tym wypadku były uszkodzone wcześniej w wyniku innego wypadku / choroby?

Tak , proszę podać datę wypadku -- r. Nie  Nie wiem

4. Kto udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej po wypadku?

Pogotowie Ratunkowe  Przychodnia  Szpital  Inny podmiot  Brak

5. Proszę podać nazwę i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy: .....

.....

.....

6. Czy Ubezpieczony leczył się po wypadku w szpitalu, klinice?

Tak , proszę podać nazwę i adres placówki oraz okres pobytu w szpitalu, klinice: .....

.....

.....

Nie  Nie wiem

**Światkowie zdarzenia - (naoczni lub którzy pojawili się na miejscu zdarzenia w krótkim czasie po jego zaistnieniu)**

Imię i nazwisko: (1) ..... (2) .....

Adres zamieszkania: .....

..... Telefon: ..... Tel.: .....

**Powiadomienie Policji o zdarzeniu**

Czy o zdarzeniu powiadomiono Policję? Tak  Nie

Nazwa i adres jednostki: .....

Czy w sprawie było / jest prowadzone postępowanie karne?

Tak , proszę wskazać organ prowadzący (Prokuratura, Sąd), jego adres i ewentualnie nr sprawy: .....

.....

Nie  Nie wiem

**Informacja o zawartych ubezpieczeniach NNW**

Czy Ubezpieczony posiada polisę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w PZU SA lub w PZU Życie SA?

Tak  Nie  Nie wiem

Czy została zgłoszona szkoda z tej polisy?

Tak  w PZU SA (nazwa jednostki): .....

w PZU Życie SA (nazwa jednostki): .....

Nie  Nie wiem

**Proszę dodatkowo uzupełnić poniższe dane**

1. Proszę podać:

a. zawód wykonywany przez Ubezpieczonego (jaki?): .....

b. uprawiana dyscyplina sportu przez Ubezpieczonego (jaka?): .....

2. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony prowadził jakikolwiek pojazd?

Tak , proszę podać nazwę i nr dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia (np. prawo jazdy, karta rowerowa, karta motorowerowa): .....

Nie  Nie wiem

W przypadku szkody z ubezpieczenia „Bezpieczny pobyt” proszę dodatkowo wskazać:

1. Cel przyjazdu: Turystyka  Praca  Wyczynowe uprawianie sportu  Amatorskie uprawianie sportu

2. Wysokość poniesionych kosztów leczenia: .....

.....

**3. Kto pokrył wyżej wymienione koszty leczenia?** .....

**Dane Zgłaszającego szkodę**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....   -    .....

Tel.: kontaktowy 1 ..... kontaktowy 2 .....

Oświadczam, że:

1. Zostałem (-am) poinformowany (-a), że moje dane osobowe będą przetwarzane przez  PZU SA \* PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia oraz że mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.
2. Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą.

Miejscowość, data: ..... Czytelny podpis Zgłaszającego szkodę: .....

Własnoręczność podpisu Pani/Pana: ..... stwierdzam na podstawie: .....

Seria: ..... Nr: ..... Wydanego przez: ..... Dnia: .....

Miejscowość, data: ..... Pieczętka i podpis pracownika PZU SA: .....

**Oświadczenia Ubezpieczonego/Uprawnionego/Przedstawiciela ustawowego**

Oświadczam, że:

1. Należy odszkodowanie należy przekazać:

- a.  na rachunek bankowy numer:
- b.  gotówką w kasie banku (wskazanego przez PZU)

2. Zostałem (-am) poinformowany (-a), że moje dane osobowe będą przetwarzane przez  PZU SA \* PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia oraz że mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez  PZU SA \* PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu realizacji umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielenia  PZU SA \* PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do  PZU SA \* PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia.
5. Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez  PZU SA \* PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez  PZU SA \* PZU Życie SA.
6. Jeżeli warunki umowy przewidują badanie lekarskie, a dokumentacja przedłożona do szkody/sprawy będzie wystarczająca, wyrażam zgodę na rozpatrzenie zgłoszenia bez przeprowadzenia badania lekarskiego. Tak  Nie
7. Zgodnie z art. 16 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz. U. 2003r., nr 124, poz. 1151 z późn. zm.) wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody/przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.  
Tak  Nie
8. Sposób rozpatrywania skarg i zażaleń przez PZU SA określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
9. Zostałem (-am) poinformowany (-a), 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 daty otrzymania, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie, zawiadamia wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia.
10. Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą.

Miejscowość, data: ..... Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego/ .....  
Przedstawiciela ustawowego

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez  PZU SA \* PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o szkodę/świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia.

**Potwierdzenie własnoręczności podpisu Ubezpieczonego/Uprawnionego/Przedstawiciela ustawowego**

Własnoręczność podpisu Pani/Pana: ..... stwierdzam na podstawie: .....

Seria: ..... Nr: ..... Wydanego przez: ..... Dnia: .....

Miejscowość, data: ..... Pieczętka i podpis pracownika PZU SA: .....

Powyższe informacje zostały sporządzone w oparciu o rozmowę telefoniczną/ zgłoszenie internetowe. Tak  Nie   
Niniejszy druk zgłoszenia szkody znajduje zastosowanie także do szkód zgłaszanych z ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego oraz ubezpieczenia niekorzystnych następstw planowanych zabiegów operacyjnych oraz porodów.

\* zaznaczyć właściwe