PZU Życie SA

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA przyjmującej zgłoszenie)

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA obsługującej ubezpieczenie)

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

Wszelkie informacje dotyczące poprawności wypełnienia druku zamieszczone są w wytycznych dostępnych w Punktach Obsługi Klienta lub na naszych stronach internetowych.

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 _____

Kod pocztowy ⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ Poczta _____ Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kraj ☐ Polska ☐ inny _____ Kraj stałego zamieszkania _____

Telefon kontaktowy _____ e-mail _____

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

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ Data urodzenia ⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ Miejsce urodzenia _____

Kod pocztowy ⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ Poczta _____ Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kraj ☐ Polska ☐ inny _____ Kraj stałego zamieszkania _____

Telefon kontaktowy _____ e-mail _____

IV. PRZEDMIOT WNIOSKOWANIA

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

	Kod warunków	Ubezpieczenie podstawowe[1]	Ubezpieczenie dodatkowe[1]	Nr sprawy
☐ pobyt w szpitalu				
☐ operacja chirurgiczna				
☐ uszkodzenie ciała *(np. złamanie kości, inwalidztwo)*				
☐ inne zdarzenie *(np. choroba)* _____				
☐ zawał serca lub krwotok śródmózgowy				
☐ niezdolności do pracy				
☐ utraty zdrowia przez dziecko				

Imię dziecka _____ Nazwisko dziecka _____

[1] *Początek odpowiedzialności.*

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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, wysokość kapitału zakładowego: 295 000 000, 00 zł, kapitał wpłacony w całości, infolinia: 0 801 102 102, www.pzu.pl.

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 pobieranym zasiłku chorobowym.
10. ☐ dokument ubezpieczenia *(np. polisa, deklaracje)*.
11. ☐ pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego *(jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie)*.
12. Dokument tożsamości - do wglądu.

☐ inne _____

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

VII. 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 daty otrzymania, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie, zawiadamia wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia.

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

_____
(miejscowość)

└─┘└─┘-└─┘└─┘-└─┘└─┘└─┘└─┘
(data)

(czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)