



(pieczęć wpływu jednostki PZU SA  
przyjmującej zgłoszenie)

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA  
przyjmującej zgłoszenie)

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA  
obsługującej ubezpieczenie)

## ZGŁOSZENIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

### WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE<sup>1)</sup>

#### I. DANE O UBEZPIECZENIU

Nazwa ubezpieczenia \_\_\_\_\_  
Umowa nr \_\_\_\_\_

#### II. DANE O UBEZPIECZENIACH ZWIĄZANYCH ZE ZGŁOSZONYM ZDARZENIEM

Czy w związku ze zgłaszanym zdarzeniem ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem z tytułu innych ubezpieczeń w PZU SA lub PZU Życie SA, jeżeli tak, proszę podać numer umowy i nazwę jednostki?  TAK  NIE

PZU SA Nazwa jednostki \_\_\_\_\_  
Nazwa ubezpieczenia \_\_\_\_\_ Umowa nr \_\_\_\_\_  
PZU ŻYCIE SA Nazwa jednostki \_\_\_\_\_  
Nazwa ubezpieczenia \_\_\_\_\_ Umowa nr \_\_\_\_\_

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

#### III. 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)

#### IV. DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (prosimy wypełnić tylko w przypadku, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
Nazwa<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_  
REGON<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_  
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)

#### V. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia \_\_\_\_\_ godz. \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Miejsce zdarzenia \_\_\_\_\_

Przedmiot wniosku:

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany

- nieszczęśliwym wypadkiem (w życiu codziennym, w pracy, komunikacyjnym, innym.....)  
 zawałem serca/ krwotokiem śródmózgowym

**WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA/ PZU SA**

Nr sprawy

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 leczył się przed i po zajściu zdarzenia oraz nazwisko, imię i adres lekarza pierwszego kontaktu:

Czy narząd(y) opisywany w punkcie: „Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia” był(y) uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia?

TAK    data wypadku \_\_\_\_\_

NIE

Czy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)?

TAK     NIE

Ubezpieczony jest osobą

Praworęczną     Leworęczną

**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)  wypełniony i podpisany przez ubezpieczającego formularz „potwierdzenie zgłoszenia roszczenia przez ubezpieczającego” (dot. ubezpieczeń grupowych),
- 3) dokument tożsamości – do wglądu,
- 4)  dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu \_\_\_\_\_,
- 5)  dokumentacja z leczenia (np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, książeczka zdrowia, historia choroby z przychodni itp.),
- 6)  dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
- 7)  pełnomocnictwo do reprezentowania ubezpieczonego (jeśli ubezpieczony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
- 8)  inne (proszę wymienić jakie) \_\_\_\_\_

PZU Życie SA/PZU SA zastrzega sobie prawo do 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 ubezpieczenia<sup>3)</sup> \_\_\_\_\_  
 przelewem na rachunek bankowy \_\_\_\_\_  
rachunek bankowy numer: \_\_\_\_\_  
 inne \_\_\_\_\_

w procencie świadczenia  w kwocie \_\_\_\_\_ zł  
 na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia<sup>3)</sup> \_\_\_\_\_  
 przelewem na rachunek bankowy \_\_\_\_\_  
rachunek bankowy numer: \_\_\_\_\_  
 inne \_\_\_\_\_

Pozostałą część świadczenia:  
 na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia<sup>3)</sup> \_\_\_\_\_  
 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 SA 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 wykonanie umowy ubezpieczenia.
- 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.
- W PZU SA sposób rozpatrywania skarg i zażaleń określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU SA i/lub PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU SA i/lub PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia.

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU SA i/lub PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o szkodę/swiadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia. Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.  
Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/odpowiedziałam zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

- Wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody na przetwarzanie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody na wzajemne udostępnienie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU SA i/lub PZU Życie SA.
- Wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody/przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

\_\_\_\_\_ (miejscowość)

\_\_\_\_\_ (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)

<sup>1)</sup> zgłaszającym roszczenie może być: ubezpieczony, pełnomocnik ubezpieczonego, przedstawiciel ustawowy ubezpieczonego, cesjonariusz, prawny spadkobierca ubezpieczonego.  
<sup>2)</sup> prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.  
<sup>3)</sup> 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.