



ZGŁOSZENIE URODZENIA DZIECKA

WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

I. DANE O UBEZPIECZENIU

Nazwa ubezpieczenia _____

Umowa nr _____

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. DANE DOTYCZĄCE DZIECKA

1. Nazwisko _____ Imię _____

Data urodzenia _____ Miejsce urodzenia _____

2. Nazwisko _____ Imię _____

Data urodzenia _____ Miejsce urodzenia _____

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Nr sprawy

V. DOKUMENTY ZŁOŻONE W CELU ROZPATRZENIA ROSZCZENIA *(prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)*

- wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia,
- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka *(w przypadku zgłoszenia martwo urodzonego dziecka – akt urodzenia z adnotacją),*
- pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego *(jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),*
- dokument tożsamości – do wglądu,
- inne _____

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

VI. 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 _____

VII. 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 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.
- 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.
- 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.

_____ (miejscowość)

_____ (data)

_____ (czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA/ WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY ZAKŁAD PRACY

VIII. 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.