



## ZGŁOSZENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

### 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 \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
Nazwa<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_  
REGON<sup>1)</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)

#### IV. PRZEDMIOT WNIOSKOWANIA

- pobyt w szpitalu
- operacja chirurgiczna
- uszkodzenie ciała (np. złamanie kości, inwalidztwo)
- inne zdarzenie (np. choroba) \_\_\_\_\_
- zawał serca lub krwotok śródmózgowy
- niezdolność do pracy
- utrata zdrowia przez dziecko
- Imię dziecka \_\_\_\_\_ Nazwisko dziecka \_\_\_\_\_

#### WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Kod warunków	Ubezpieczenie podstawowe	Ubezpieczenie dodatkowe	Nr sprawy
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

#### 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.

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 pobieraniem zasiłku chorobowym,
10.  pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
11. dokument tożsamości – do wglądu,
12.  inne \_\_\_\_\_

PZU Życie SA zastrzega sobie prawo 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>2)</sup> \_\_\_\_\_  
(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 ubezpieczenia<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_  
(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 ubezpieczenia<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_  
(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)

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 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.
- 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.
- 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 dnia 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.

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

\_\_\_\_\_  
(pieczęćka imienna i podpis osoby upoważnionej przez  
PZU Życie SA/ osoby upoważnionej przez  
ubezpieczający zakład pracy)<sup>1)</sup> prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.<sup>2)</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.