



ZGŁOSZENIE ZGONU

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 _____

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. PRZEDMIOT WNIOSKOWANIA (zaznacz właściwe)

śmierć ubezpieczonego osierocenie dziecka śmierć rodzica ubezpieczonego

śmierć rodzica małżonka śmierć małżonka śmierć dziecka

śmierć uposażonego dziecka inne _____

Nazwisko _____ Imię _____

Nazwisko _____ Imię _____

Nazwisko _____ Imię _____

Nazwisko _____ Imię _____

Nazwisko _____ Imię _____

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Rodzaj

Nr sprawy

V. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zgonu _____ Miejsce zgonu (np. nazwa szpitala) _____

Przyczyna zgonu:

Wypadek komunikacyjny lotniczy w wyniku uprawiania sportów w pracy inny _____

Data wypadku _____ Godzina wypadku _____ : _____ Miejsce wypadku _____

choroba (prosimy wpisać jaką) _____ inna przyczyna (prosimy wpisać przyczynę zdarzenia) _____

Jeżeli zgon został spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o opisanie dokładnie i wyczerpująco okoliczności wypadku. Jeżeli przyczyną zgonu była choroba prosimy o opis przebiegu choroby.

Okoliczności wypadku lub opis przebiegu choroby (jeśli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie prosimy także podać nazwę i adres policji lub prokuratury):

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej podczas zdarzenia? (prosimy wpisać w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem):

Placówki służby zdrowia, które sprawowały opiekę medyczną po wypadku lub podczas leczenia choroby (prosimy podać nazwę, adres, nazwisko lekarza):

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. odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego/współubezpieczonego/uposażonego dziecka – w zależności od zdarzenia,
3. karta zgonu,
4. dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci,
5. odpis skrócony aktu małżeństwa – dotyczy zgonu współubezpieczonego,
6. dokumenty potwierdzające stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym albo współubezpieczonym (akt urodzenia, akt zgonu, akt małżeństwa),
7. pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
8. dokument tożsamości – do wglądu,
9. inne _____

W przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem dodatkowo:

1. dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu,
2. dokument warunkujący dopuszczenie pojazdu do ruchu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu,
3. wynik badania na obecność alkoholu,
4. dokumenty potwierdzające okoliczności zdarzenia (z prokuratury, policji, sądu).

W przypadku śmierci spowodowanej wypadkiem przy pracy dodatkowo:

1. dokumentacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzająca zaistnienie wypadku przy pracy.

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 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 _____

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.
- 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

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)

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.