PZU SA

ZGŁOSZENIE SZKODY

z ubezpieczenia[1]: WOJAŻER ☐ KL i NNW ZA GRANICĄ ☐

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐☐ ☐☐☐ .....
(adres)

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Telefon: .....; e-mail: .....

Seria i nr polisy ..... strefa/wariant[2] ☐

Okres ubezpieczenia: od ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ do ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Cel wyjazdu:[1]

1) turystyka ☐
2) uprawianie narciarstwa rekreacyjnego ☐
3) uprawianie sportu wyczynowo, tj. branie udziału w treningach, zawodach, imprezach, obozach kondycyjnych i szkoleniowych; nazwa uprawianej dyscypliny: ..... ☐
4) uprawianie sportów wysokiego ryzyka[3]; nazwa uprawianej dyscypliny: ..... ☐
5) praca fizyczna ☐

Czy zgłaszane roszczenie dotyczy:[1]

1) nagłego zachorowania ☐ 2) nieszczęśliwego wypadku ☐ 3) bagażu podróżnego[3] ☐
4) odwołania uczestnictwa w zagranicznej imprezie turystycznej lub wcześniejszego z niej powrotu[3] ☐ 5) odpowiedzialności cywilnej[3] ☐

Data zachorowania, nieszczęśliwego wypadku lub innego zdarzenia przewidzianego umową	Dzień	M-c	Rok	Godz.	Kraj i miejscowość	Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był w stanie nietrzeźwości, lub po zażyciu leków lub narkotyków?[1] TAK ☐ NIE ☐

Miejsce, okoliczności i opis zachorowania, nieszczęśliwego wypadku lub innego zdarzenia przewidzianego umową (podać dokładnie i wyczerpująco)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diagnoza: .....
.....

Opis leczenia: .....
.....
.....
.....

Czy roszczenie z tytułu NNW było zgłoszone w innej jednostce terenowej PZU S.A. lub PZU Życie SA:[1] NIE ☐ TAK ☐

Jeśli tak, proszę podać nazwę tej jednostki .....

Jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub inne zdarzenie przewidziane umową były następstwem wypadku drogowego, należy podać:

1) kto był sprawcą wypadku .....
2) czy był(a) Pan(i)[1] ☐ kierowcą, (kat. i nr prawa jazdy), ... ☐ pasażerem, ☐ pieszym
3) markę i nr rej. pojazdu, w którym się Pan(i) znajdował(a) .....
4) który posterunek policji przyjął zgłoszenie wypadku .....

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy, KRS 0000009831, NIP 526-025-10-49, wysokość kapitału zakładowego: 86 352 300,00 zł, kapitał wpłacony w całości

4-38-PZU S.A. – 7193/IV Zam. D7-4284

Udzielona pomoc dotyczyła:[1)]

1) leczenia ambulatoryjnego ☐ 2) leczenia szpitalnego ☐ 3) innych usług gwarantowanych w umowie ☐

jakich: .....

Wysokośc kosztów: 1) leczenia ..... 2) transportu ..... 3) innych usług .....

Kto pokrył ww. koszty: .....

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z **Centrum Alarmowym PZU**?[1)] ☐ TAK ☐ NIE

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY – dotyczy umów wielokrotnego wyjazdu pracowników do pracy lub w delegacje służbowe:

Potwierdzamy, że poszkodowany w dacie zgłoszonego zdarzenia przebywał służbowo za granicą:.od: ..... do: .....

.....	.....	.....
(miejscowość i data)	(pieczęć Ubezpieczającego)	(podpis Głównego Księgowego)

DYSPOZYCJA WYPŁATY – należne świadczenie proszę przekazać:

1) na rachunek złotówkowy nr ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

w banku .....; właściciel rachunku .....

2) przekazem pocztowym na adres: .....
(imię i nazwisko oraz dokładny adres z kodem pocztowym)

Oświadczam, że:

1) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA moich danych, dotyczących stanu zdrowia w celu realizacji umowy ubezpieczenia.
2) **wyrażam zgodę** na wzajemne udostępnienie przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA.

Oświadczam, że koszty, które poniosłam(em) w związku ze zgłoszoną szkodą ☐ są, ☐ nie są[1)] ubezpieczone w innym zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia „tak", na podstawie przepisu art. 824^1 § 2 kodeksu cywilnego, prosimy o wypełnienie poniższej tabeli:

Nazwa i adres zakładu, w którym zawarto ubezpieczenie:		
Nazwa ubezpieczenia:	Numer dokumentu ubezpieczenia (polisy):	Przedmiot ubezpieczenia:
Rodzaj ryzyk (zdarzeń losowych) objętych ubezpieczeniem:	Okres na jaki zawarto ubezpieczenie: od ..... do	Suma ubezpieczenia:

..... , dnia ..... r.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis Ubezpieczonego)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu szkody.

Data: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ **Podpis:** .....

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji przez PZU S.A. zgłaszanej szkody.
Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne".
Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania

Załączniki:[1)]

☐ diagnoza choroby, karta informacyjna z leczenia szpitalnego,

☐ świadectwo lekarskie uzasadniające wydatki,

☐ oryginały rachunków i dowody zapłaty rachunków (za wizyty lekarskie, zakup leków, umowa uczestnictwa w zagranicznej imprezie turystycznej, potwierdzone przez organizatora imprezy turystycznej oświadczenie o odwołaniu uczestnictwa, zaświadczenie organizatora imprezy o wysokości potrąceń z tytułu odwołania uczestnictwa w imprezie turystycznej, potwierdzenie utraty, zniszczenia lub uszkodzenia bagażu, pokwitowanie powierzenia bagażu zawodowemu przewoźnikowi, przechowalni, dowód zapłaty za parking strzeżony),

☐ inne .....

Adnotacje przyjmującego „Zgłoszenie szkody": .....

Data: .....

.....
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe)

1) odpowiednie proszę zaznaczyć X 2) niepotrzebne proszę skreślić 3) dotyczy tylko ubezpieczenia WOJAŻER