

ZGŁOSZENIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NW)

z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

- dzieci, młodzieży i personelu w szkołach i innych zakładach
- uczestników kolonii i obozów dziecięcych oraz młodzieżowych

Grupa ubezpieczenia: <input type="checkbox"/> NW 65 <input type="checkbox"/> NW 68 Nr polisy: Kod jednostki PZU S.A. Nr sprawy PZU S.A.	Ubezpieczający:
--	-----------------

Jeżeli zgłoszenie roszczenia dotyczy obrażeń ciała, prosimy podać czy ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia w PZU S.A. lub PZU ŻYCIE SA, jeżeli tak, proszę podać numer polisy i nazwę jednostki? ¹⁾	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---	---

PZU S.A./PZU ŻYCIE SA Nr polisy: Nazwa jednostki:

Czy wypadek został już zgłoszony? Tak Nie; jeśli tak proszę podać nazwę jednostki PZU S.A. lub PZU ŻYCIE SA?

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko ubezpieczonego:

Data urodzenia:	PESEL <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																				

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość (seria i numer, kiedy i kto wystawił)

Adres stałego zameldowania (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania):

Adres do korespondencji (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania):

Numer telefonu kontaktowego:	e-mail
------------------------------	--------

DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIONEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA
(należy wypełnić w przypadku, gdy wypadkowi uległ nieletni ubezpieczony lub w przypadku zgonu ubezpieczonego)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:	PESEL <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																				

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość (seria i numer, kiedy i kto wystawił)

Adres stałego zameldowania (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania):

Adres do korespondencji (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania):

Numer telefonu kontaktowego:	e-mail
------------------------------	--------

INFORMACJE O ZDARZENIU

OPIS ZDARZENIA: Data zdarzenia godz Miejsce zdarzenia (miejscowość, ulica)

Szczegółowy opis przyczyny, okoliczności i przebiegu zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco)

¹ właściwe proszę zaznaczyć literą „X”,

POWIADOMIENIE POLICJI:

1. Data i godzina powiadomienia policji o zdarzeniu,
2. Nazwa i adres jednostki policji
3. Czy w chwili wypadku ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości albo po użyciu narkotyków? Tak Nie
4. Numer karty rowerowej/motorowerowej/prawa jazdy

POMOC MEDYCZNA

1. Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku?
2. Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym ubezpieczony leczył się po wypadku:
3. Czy narząd(y) opisywany w punkcie „Opis zdarzenia“ był(y) uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia Tak
 Nie
4. Czy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji) Tak Nie data zakończenia leczenia:

WYPEŁNIA UBEZPIEZAJĄCY

Oświadczam, że ubezpieczony jest objęty zbiorowym ubezpieczeniem NW na podstawie polisy Nr pod poz. Wykazu imiennego Według wariantu na sumę ubezpieczenia

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ubezpieczającego - pracownik potwierdz ubezpiecz.)

ZAŁĄCZNIKI¹⁾

- dokument tożsamości do wglądu
- dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu
- dokumentacja z leczenia (karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, historia choroby z przychodni itp.)
- inne (proszę wymienić jakie):
-

SPOSÓB WYPŁATY

Należne odszkodowanie/świadczenie¹⁾: proszę przesłać przekazem pocztowym

proszę przelać na konto w banku Oddział

nazwa rachunku numer rachunku

OŚWIADCZENIE

Nazwisko ubezpieczonego: Imię ubezpieczonego

1. W przypadku wystąpienia zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU S.A. i/lub PZU Życie SA upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, oraz lekarzy do udzielenia PZU S.A. i/lub PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU S.A. i/lub PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej dotyczących mojego stanu zdrowia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem.

2. Zostałam poinformowana/Zostałam poinformowany, że administratorem moich danych osobowych jest PZU S.A. 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 realizacja umowy ubezpieczenia.

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.

4. Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnianie 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.

5. W PZU SA sposób rozpatrywania skarg i zażaleń określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o świadczenie z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.

Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ubezpieczającego/uprawnionego)

.....
(data i podpis upoważnionego pracownika PZU S.A.)

¹ właściwie proszę zaznaczyć literą „X”,