

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 leczyl 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 rehabilitacji¹⁾) Tak Nie data zakończenia leczenia:

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY

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 ubezpie.)

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. Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana, 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 właściwe proszę zaznaczyć literą „X”.