



Pieczęć wpływu jednostki
przyjmującej zgłoszenie

Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA
obsługującej ubezpieczenie

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA Z UBEZPIECZENIA BANCASSURANCE WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

I Dane o ubezpieczeniu

Nazwa ubezpieczenia

Nr dokumentu (np. nr karty kredytowej, deklaracji, indywidualnego potwierdzenia kredytu, pożyczki) Nr rachunku udziałów (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: prosimy wpisać nazwę kraju

Kraj stałego zamieszkania:

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: prosimy wpisać nazwę kraju

Kraj stałego zamieszkania:

IV Przedmiot wniosku i informacje o zdarzeniu

zgon choroba niezdolność do pracy trwałe inwalidztwo inny wpisać rodzaj zdarzenia

Przyczyna zdarzenia:

wypadek prosimy wpisać jaki, np.: komunikacyjny, lotniczy, w pracy

choroba prosimy wpisać jaka

inna przyczyna prosimy wpisać przyczynę zdarzenia

Data wypadku Godzina wypadku Miejsce wypadku

Data zdarzenia

Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie, należy podać nazwę i adres policji lub prokuratury

Placówki służby zdrowia, które sprawowały opiekę (nazwa, adres), lekarz pierwszego kontaktu (nazwisko, imię, adres)

V Dyspozycja wypłaty

Prosimy wypełnić, jeśli ubezpieczenie nie przewiduje wypłaty świadczenia na rachunek bankowy ubezpieczonego u ubezpieczającego.

Na rachunek bankowy nr:

Inne:

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. pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
3. dokument tożsamości – do wglądu.

W przypadku śmierci dodatkowo:

1. odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego,
2. karta zgonu,
3. dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci.

W przypadku choroby, niezdolności do pracy, uszkodzenia ciała dodatkowo:

1. karta informacyjna z placówki medycznej,
2. dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby/niezdolności do pracy/uszkodzenia ciała – w zależności od zdarzenia,
3. dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
4. dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy w dniu zdarzenia,
5. orzeczenie lekarskie podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności do pracy – dotyczy zgłoszenia niezdolności do pracy,
6. zwolnienie lekarskie albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieraniem zasiłku chorobowym.

Jeśli zdarzenie zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem dodatkowo:

1. dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
2. dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy w dniu zdarzenia,
3. dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu,
4. dokument warunkujący dopuszczenie pojazdu do ruchu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu,
5. wynik badania na obecność alkoholu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu,
6. dokumenty potwierdzające okoliczności zdarzenia (z prokuratury, policji, sądu).

inne

PZU Życie SA zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

VII Oświadczenie zgłaszającego roszczenie

Oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. 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.
3. Dla potrzeb oceny ryzyka i 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.

Wyrażam zgodę na kontakt pracowników PZU Życie SA, w celu wyjaśnienia przyczyn i okoliczności powstania zdarzenia ubezpieczeniowego, niezbędnych do realizacji zobowiązań związanych z rozpatrzeniem roszczeń o wypłatę świadczeń.

Niniejsze oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

--
Data

Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

WYPEŁNIA BANK/PZU ŻYCIE SA²

VIII Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia przez Bank/PZU Życie SA

Rodzaj dokumentu tożsamości: DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu,
PJ – prawo jazdy (emisji od 01.07.1999 r.)

Seria i numer

--
Wydany dnia

Wydany przez

Pieczęć imienna i podpis osoby upoważnionej przez Bank/PZU Życie SA

¹ prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej

² wypełnia PZU Życie SA lub Bank, w zależności od tego, gdzie zostało złożone zgłoszenie