



I Dane dotyczące ubezpieczonego

Imię i nazwisko

DD - MM - RR RR
 Data urodzenia

Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

PESEL Telefon kontaktowy E-mail

Seria i numer polisy od DD - MM - RR RR do DD - MM - RR RR

II Cel wyjazdu

turystyka nauka / praca umysłowa praca fizyczna uprawianie narciarstwa lub snowboardu na oznakowanych trasach zjazdowych

uprawianie sportu wyczynowo, tj. branie udziału w treningach, zawodach, imprezach obozach kondycyjnych i szkoleniowych
 nazwa uprawianej dyscypliny

uprawianie sportów wysokiego ryzyka
 nazwa uprawianej dyscypliny

III Zgłaszane roszczenie dotyczy

nagłego zachorowania nieszczęśliwego wypadku bagażu podróznego rezygnacji z uczestnictwa albo skrócenie uczestnictwa w zorganizowanym wycieczniku odpowiedzialności cywilnej inne

Data zachorowania, nieszczęśliwego wypadku lub innego zdarzenia przewidzianego umową DD - MM - RR RR GG
 Data Godzina Kraj 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 PZU w ramach innego ubezpieczenia? TAK NIE

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 pasażerem pieszym
 kategoria i numer prawa jazdy

3. Marka i numer rejestracyjny pojazdu, w którym się Pan(i) znajdował(a)

4. Który posterunek policji przyjął zgłoszenie wypadku

Udzielona pomoc dotyczyła:¹⁾

leczenia ambulatoryjnego leczenia szpitalnego innych usług gwarantowanych w umowie jakich

Wysokość kosztów: leczenia transportu innych usług

Czy podane wyżej koszty zostały uregulowane? TAK NIE Jeśli tak, proszę podać przez kogo

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Pomocy PZU?¹⁾ TAK NIE Nr sprawy

IV Dyspozycja wypłaty

Należne świadczenie proszę przekazać

1. rachunek bankowy

Rachunek bankowy numer (zgodny z formatem NRB – 26 cyfr)

Imię i nazwisko, adres beneficjenta

2. przekazem pocztowym

Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

V Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie prze z PZU SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU SA.

Oświadczam, że koszty, które poniosłam/em w związku ze zgłoszoną szkodą są, nie są¹⁾ ubezpieczone w innym zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia „TAK”, na podstawie przepisu art. 824¹ § 2 kodeksu cywilnego, prosimy o wypełnienie:

Nazwa i adres zakładu (innego niż PZU SA), 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 - -

Data

Suma ubezpieczenia

Miejscowość

- -
Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

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

- -
Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji przez PZU SA zgłaszanej szkody.

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

VI Załączniki¹⁾

- diagnoza choroby, karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby,
- oryginały rachunków i dowodów zapłaty (za wizyty lekarskie, zakup leków, inne),
- umowa uczestnictwa w zorganizowanym wypoczynku, zaświadczenie organizatora wypoczynku o wysokości potrąceń z tytułu rezygnacji,
- potwierdzenie utraty, zniszczenia lub uszkodzenia bagażu, wykaz utraconych przedmiotów,
- inne

VII Adnotacje przyjmującego „Zgłoszenie szkody”

¹⁾ Zaznaczyć odpowiednie.

- -
Data

Imię i nazwisko, stanowisko służbowe