



z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków
- dzieci, młodzieży i personelu w szkołach i innych zakładach
- uczestników kolonii i obozów dziecięcych oraz młodzieżowych

Form fields for insurance group (NW 65, NW 68), policy number, unit code, and case number.

Question: '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?' with Yes/No checkboxes.

Fields for PZU S.A./PZU ŻYCIE SA, policy number, and unit name.

Question: 'Czy wypadek został już zgłoszony?' with Yes/No checkboxes and a field for the unit name.

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Personal data fields: Name, birth date, PESEL, document type, address, contact info, and e-mail.

DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIONEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA

(należy wypełnić w przypadku, gdy wypadkowi uległ nieletni ubezpieczony lub w przypadku zgonu ubezpieczonego)

Personal data fields for the authorized person/parent/guardian: Name, birth date, PESEL, document type, address, contact info, and e-mail.

INFORMACJE O ZDARZENIU

Incident details section: 'OPIS ZDARZENIA: Data zdarzenia, godz, Miejsce zdarzenia' and a large text area for the description.

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 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 rehabilitacji)<sup>1</sup>  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.)

**ZAŁĄCZNIKI<sup>1)</sup>**

- 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/świadczenie<sup>1</sup>:**  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 S.A. 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.)

<sup>1</sup> właściwe proszę zaznaczyć literą „X”.