

**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"/> <b>NW 65</b> <input type="checkbox"/> <b>NW 68</b> 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? <sup>1)</sup>	<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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></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)

<sup>1</sup> 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)<sup>1)</sup>  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 potwierdź ubezp.)

**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. 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.)

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