



**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 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 ubezpiec. )

**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 jakiej): .....

**SPOSÓB WYPŁATY**

**Należne odszkodowanie/świadczenie<sup>1</sup> :**  auto-wypłata

- 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 ubezpieczonego/uprawnionego)

.....  
(data i podpis upoważnionego pracownika PZU S.A.)

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