

Nr polisy



OŚWIADCZENIE O WZAJEMNYM UDOSTĘPNIANIU PRZEZ PZU ŻYCIE SA I PZU SA INFORMACJI/DOKUMENTÓW W CELU ROZPATRZENIA ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU JEDNEGO ZDARZENIA

I Dane osoby składającej oświadczenie

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	Imię	PESEL
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ulica		Nr domu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Poczta	Miejscowość

II Informacje na temat zdarzenia

1. W związku ze zgłaszanym zdarzeniem jestem uprawniony/jestem uprawniona do występowania z roszczeniem z tytułu innych ubezpieczeń w:

- PZU SA – Proszę podać numer umowy i nazwę jednostki
- PZU Życie SA – Proszę podać numer umowy i nazwę jednostki

2. Wypadek został już zgłoszony

- Tak – Proszę podać nazwę jednostki PZU SA/PZU Życie SA
- Nie

III Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA i PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umów ubezpieczenia;
2. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU SA i PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU SA i PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia;
3. Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez PZU SA i PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU SA i PZU Życie SA

--
Data

Podpis składającego oświadczenie

IV Potwierdzenie tożsamości

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Rodzaj dokumentu Rodzaj dokumentu tożsamości: DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu, PJ – prawo jazdy

--
Seria i nr dokumentu Wydany dnia Wydany przez

Jednocześnie potwierdzam własnoręczność podpisu osoby składającej oświadczenie.

--
Data

Podpis i pieczęć OZP