



PZU

Internet www.pzu.pl  
Infolinia 801 102 102

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA  
przyjmującej zgłoszenie)

(pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA  
obsługującej ubezpieczenie)

## ZGŁOSZENIE URODZENIA DZIECKA

### WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

#### I. DANE O UBEZPIECZENIU

Nazwa ubezpieczenia \_\_\_\_\_  
Umowa nr \_\_\_\_\_

#### II. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
Adres korespondencyjny Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Kraj  Polska  inny \_\_\_\_\_  
(prosimy wpisać nazwę kraju) Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_

#### III. DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
Nazwa<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_  
REGON<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_  
Adres korespondencyjny Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Kraj  Polska  inny \_\_\_\_\_  
(prosimy wpisać nazwę kraju) Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_

#### IV. DANE DOTYCZĄCE DZIECKA

1. Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
2. Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

#### WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Nr sprawy \_\_\_\_\_

#### V. DOKUMENTY ZŁOŻONE W CELU ROZPATRZENIA ROSZCZENIA (prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)

- wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia,
- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka (w przypadku zgłoszenia martwo urodzonego dziecka – akt urodzenia z adnotacją),
- pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
- dokument tożsamości – do wglądu,
- inne \_\_\_\_\_

PZU Życie SA zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

#### VI. DYSPOZYCJA WYPŁATY (prosimy o wpisanie sposobu wypłaty świadczenia)

w procencie świadczenia \_\_\_\_\_ %  w kwocie \_\_\_\_\_ zł  
 na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_  
(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)  
 przelewem na rachunek bankowy  
rachunek bankowy numer: \_\_\_\_\_  
 inne \_\_\_\_\_

w procencie świadczenia \_\_\_\_\_ %     w kwocie \_\_\_\_\_ zł  
 na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_  
(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)  
 przelewem na rachunek bankowy  
 rachunek bankowy numer: \_\_\_\_\_  
 inne \_\_\_\_\_

Pozostałą część świadczenia:

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_  
(prosimy wpisać nazwę ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia)  
 przelewem na rachunek bankowy  
 rachunek bankowy numer: \_\_\_\_\_  
 inne \_\_\_\_\_

### VII. OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Oświadczam, że:

- Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
- Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, że administratorem moich danych osobowych jest 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 wykonywanie umowy ubezpieczenia.
- Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o możliwości wnoszenia w formie pisemnej skarg i zażaleń do każdej jednostki PZU Życie SA w sposób umożliwiający identyfikację osoby wnoszącej i przedmiotu skargi lub zażalenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane przez jednostki terenowe wyższego szczebla lub Centralę PZU Życie SA zgodnie z zakresem ich działania. PZU Życie SA rozpatruje skargę lub zażalenie niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie, zawiadamia wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia.
- Wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_ (miejscowość)

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (czytelny podpis zgłaszającego roszczenie)

### WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA/ WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY ZAKŁAD PRACY

#### VIII. POTWIERDZENIE WŁASNORĘCZNOŚCI PODPISU ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Rodzaj dokumentu tożsamości:

DO - dowód osobisty

PA - paszport

KP - karta pobytu

PJ - prawo jazdy (emisja od 01.07.1999 r.)

Rodzaj dokumentu \_\_\_\_\_

Seria i numer \_\_\_\_\_

Wydany dnia \_\_\_\_\_

Wydany przez \_\_\_\_\_

NIK \_\_\_\_\_

NEPU \_\_\_\_\_

osoby przyjmującej dyspozycję

\_\_\_\_\_ (pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej przez PZU Życie SA/ osoby upoważnionej przez ubezpieczający zakład pracy)

<sup>1)</sup> prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

<sup>2)</sup> PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy. W tym przypadku PZU Życie SA zwraca wnioskującemu kwotę wpłaconą na poczet składki w pełnej wysokości, zadeklarowana wysokość kwoty na poczet składki nie może być niższa od wysokości minimalnej, określonej przez PZU Życie SA.