



Zgłaszanie Świadczeń NNW

Rzeszów 10-04-2019

Zgłoszenia świadczenia



<https://zgloszenie.pzu.pl/web/pzu>





801 102 102

DANE SZKODY

DANE OSOBOWE

DANE UZUPEŁNIAJĄCE

DANE KONTAKTOWE

PODSUMOWANIE

POMOC

ZGŁOSZENIE DOTYCZY

☐ PZU SA (pojazd lub mienie) ☒ PZU SA (szkoda na osobie) ☐ PZU Życie SA

Z CZYJEGO UBEZPIECZENIA CHCIAŁ/CHCIAŁA PAN/PANI ZGŁOSIĆ SZKODĘ *

☒ Własnego (Poszkodowanego) ☐ Sprawcy

PROSZĘ OKREŚLIĆ RODZAJ SZKODY *

☒ Obrażenia ciała i inne zdarzenia ☐ Zgon

Grupa i nazwa ubezpieczenia
wskazana na polisie

eRU - NNW Grupowe

Przyczyna szkody

Nieszczęśliwy wypadek

DATA POWSTANIA ZDARZENIA

Data 2019-04-01

MIEJSCE POWSTANIA SZKODY

Kod pocztowy 35-959

Miejscowość RZESZÓW

Ulica ZYGMUNTOWSKA

Nr domu 14

Nr lokalu 1

Województwo podkarpackie

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu

Województwo

☐ Szkoda poza granicami RP Kraj

SZCZEGÓŁY SZKODY

Opis zdarzenia (okoliczności powstania szkody)

O SZKODZIE POWIADOMIONO

☐ Policję	Nazwa	Miejscowość	Ulica
☐ Straż pożarną	Nazwa	Miejscowość	Ulica
☐ Administrację budynku	Nazwa	Miejscowość	Ulica
☐ Inne	Nazwa	Miejscowość	Ulica

DALEJ >

Co nowego w aplikacji?

Polityka prywatności i bezpieczeństwo
Redakcja serwisu
Pomoc
PZU Oficjalny kanał YouTube
Jakie ubezpieczenie
Życie na 100%

Grupa PZU
PZU SA
PZU Życie SA
PTE PZU SA
TFI PZU SA
PZU Pomoc SA

Biuro Prasowe
Relacje inwestorskie
Mapa serwisu
Kariera
Kontakt

Nieruchomości na sprzedaż
Do you need advice in english?
© Copyright PZU



801 102 102

DANE SZKODY

DANE OSOBOWE

DANE UZUPEŁNIAJĄCE

DANE KONTAKTOWE

PODSUMOWANIE

POMOC

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

Nazwisko	Kowalski *	Imię	Jan *		
Kod pocztowy	35-959 *	Miejscowość	RZESZÓW *		
Ulica	Tycjana *	Nr domu	4 *	Nr lokalu	5
Telefon 1	600500800 *	Telefon 2			

DANE POSZKODOWANEGO

Kto jest poszkodowanym? *

☒ Zgłaszający ☐ Inna osoba

Nazwisko	Kowalski *	Imię	Jan *
PESEL	83033000000 *		

DANE KORESPONDENCYJNE POSZKODOWANEGO

Kod pocztowy	35-959 *	Miejscowość	RZESZÓW *		
Ulica	Tycjana *	Nr domu	4 *	Nr lokalu	5
Telefon	600500800	e-mail			



☐ Brak e-mail

DANE KORESPONDENCYJNE POSZKODOWANEGO

Kod pocztowy	35-959	Miejscowość	RZESZÓW		
Ulica	Tycjana	Nr domu	4	Nr lokalu	5
Telefon	600500800	e-mail			
					☐ Brak e-mail



POLISA POSZKODOWANEGO

Seria polisy	ERU	Numer polisy	10720
Placówka PZU SA w której zawarto ubezpieczenie	PZU SA Rzeszów		

KTO ZAWARŁ UMOWĘ UBEZPIECZENIA?

☐ Zgłaszający ☐ Poszkodowany ☒ Inna osoba/podmiot

Proszę podać dane tej osoby/podmiotu

< WSTECZ

DALEJ >

Co nowego w aplikacji?

Polityka prywatności i bezpieczeństwo
Redakcja serwisu
Pomoc
PZU Oficjalny kanał YouTube
Jakie ubezpieczenie
Życie na 100%

Grupa PZU
PZU SA
PZU Życie SA
PTE PZU SA
TFI PZU SA
PZU Pomoc SA

Biuro Prasowe
Relacje inwestorskie
Mapa serwisu
Kariera
Kontakt

Nieruchomości na sprzedaż
Do you need advice in english?
© Copyright PZU



801 102 102

DANE SZKODY >

DANE OSOBOWE >

DANE UZUPEŁNIAJĄCE >

DANE KONTAKTOWE >

PODSUMOWANIE

POMOC

ZGŁASZANE PRZEZ PANA/PANIĄ ZDARZENIE DOTYCZY

Nieszczęśliwego wypadku ▼ *

PROSZĘ WYMIENIĆ ODNIESIONE PRZEZ POSZKODOWANEGO OBRAŻENIA CIAŁA

Opis zdarzenia lub proszę przesłać opis w załączniku

CZY LECZENIE ZOSTAŁO ZAKOŃCZONE (Z UWZGLĘDNIENIEM REHABILITACJI)? *

☒ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

CZY CZĘŚCI CIAŁA USZKODZONE W TYM WYPADKU BYŁY USZKODZONE WCZEŚNIEJ W WYNIKU INNEGO WYPADKU LUB CHOROBY? *

☐ Tak ☐ Nie ☒ Nie wiem

KTO UDZIELIŁ POSZKODOWANEMU PIERWSZEJ POMOCY MEDYCZNEJ PO WYPADKU? *

☒ Pogotowie ratunkowe ☐ Przychodnia rejonowa ☐ Szpital ☐ Inne ☐ Brak

Nazwa i adres udzielającego pomocy np. Pogotowie Rzeszów



801 102 102

DANE SZKODY > DANE OSOBOWE > **DANE UZUPEŁNIAJĄCE** > DANE KONTAKTOWE > PODSUMOWANIE **POMOC**

CZY LECZENIE ZOSTAŁO ZAKOŃCZONE (Z UWZGLĘDNIENIEM REHABILITACJI)? *

☒ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

CZY CZĘŚCI CIAŁA USZKODZONE W TYM WYPADKU BYŁY USZKODZONE WCZEŚNIEJ W WYNIKU INNEGO WYPADKU LUB CHOROBY? *

☐ Tak ☐ Nie ☒ Nie wiem

KTO UDZIELIŁ POSZKODOWANEMU PIERWSZEJ POMOCY MEDYCZNEJ PO WYPADKU? *

☒ Pogotowie ratunkowe ☐ Przychodnia rejonowa ☐ Szpital ☐ Inne ☐ Brak

Nazwa i adres udzielającego pomocy

CZY POSZKODOWANY POSIADA INNĄ POLISĘ UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW W PZU SA I/LUB PZU ŻYCIE SA? *

☐ Tak ☐ Nie ☒ Nie wiem

CZY WYPADEK MIAŁ ZWIĄZEK Z RUCHEM POJAZDU? *

☐ Tak ☒ Nie

< WSTECZ

DALEJ >



801 102 102

DANE SZKODY >

DANE OSOBOWE >

DANE UZUPEŁNIAJĄCE >

DANE KONTAKTOWE >

PODSUMOWANIE

POMOC

DANE OSOBY DO KONTAKTU

Kto jest osobą do dalszego kontaktu *

☒ Zgłaszający ☐ Poszkodowany ☐ Inna osoba

Nazwisko

Imię

Telefon 1

Telefon 2

e-mail

☐ Brak e-mail

Prosimy o ustanowienie hasła które umożliwi logowanie do Internetowego Statusu Szkody i Sprawy

Proszę podać hasło



Siła hasła: 0%

Proszę ponownie podać hasło

Błąd: Hasło musi mieć od 8 do 20 znaków i zawierać co najmniej jedną literę i co najmniej jedną cyfrę. Nie może mieć polskich liter i znaków specjalnych. Wielkość liter ma znaczenie.

Błąd: W polu Proszę podać hasło i Proszę ponownie podać hasło muszą być te same wartości.

Prosimy o wyrażenie zgody na przekazywanie przez PZU korespondencji w szkodzie za pomocą Internetowego Statusu Szkody i Sprawy. Dzięki temu wszystkie informacje będziemy mogli przekazywać drogą elektroniczną, zamiast kierowania korespondencji tradycyjną pocztą? *

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody



KONTO BANKOWE



801 102 102

DANE SZKODY >

DANE OSOBOWE >

DANE UZUPEŁNIAJĄCE >

DANE KONTAKTOWE >

PODSUMOWANIE

POMOC

Proszę podać numer konta, na które PZU SA ma wypłacić odszkodowanie

Właściciel konta

Poszkodowany

Kowalski Jan, Tycjana 4/5, 35-959 RZESZÓW

Nr konta

11 0000 0000 0000 0000 0000



DOKUMENTACJA SPRAWY

Lista dokumentów

Do likwidacji zgłaszanej przez Pana/Panią szkody będą nam potrzebne następujące dokumenty:

1. Dokumentacja medyczna z procesu leczenia (np. karta informacyjna udzielenia pomocy doraźnej z pogotowia ratunkowego, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, historia choroby z leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego itp.)
2. Rachunki, dowody zapłaty za leczenie, leki, środki opatrunkowe

Informujemy, że istnieje możliwość dołączenia w/w dokumentów do wypełnianego formularza, co może znacznie skrócić czas likwidacji szkody.

Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani dołączyć dokumenty do zgłaszanej sprawy? *



Tak



Nie

Błąd: Proszę wybrać którąś opcję



UWAGI DO POWYŻSZEGO ZGŁOSZENIA



801 102 102

DANE SZKODY > DANE OSOBOWE > DANE UZUPEŁNIAJĄCE > **DANE KONTAKTOWE** > PODSUMOWANIE POMOC



DOKUMENTACJA SPRAWY

Lista dokumentów

Do likwidacji zgłaszanej przez Pana/Panią szkody będą nam potrzebne następujące dokumenty:

1. Dokumentacja medyczna z procesu leczenia (np. karta informacyjna udzielenia pomocy doraźnej z pogotowia ratunkowego, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, historia choroby z leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego itp.)
2. Rachunki, dowody zapłaty za leczenie, leki, środki opatrunkowe

Informujemy, że istnieje możliwość dołączenia w/w dokumentów do wypełnianego formularza, co może znacznie skrócić czas likwidacji szkody.

Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani dołączyć dokumenty do zgłaszanej sprawy? *



☐ Tak ☒ Nie

UWAGI DO POWYŻSZEGO ZGŁOSZENIA

Ewentualne uwagi do zgłoszenia.



< WSTECZ

DALEJ >

[DANE SZKODY](#)[DANE OSOBOWE](#)[DANE UZUPEŁNIAJĄCE](#)[DANE KONTAKTOWE](#)[PODSUMOWANIE](#)[POMOC](#)

DANE SZKODY

Szczegóły zgłoszenia

Zgłoszenie z ubezpieczenia Własnego (Poszkodowanego)

Rodzaj

Rodzaj: Obrażenia ciała i inne zdarzenia

Przyczyna szkody: Nieszczęśliwy wypadek

Data zdarzenia

2019-04-01

Miejsce

Miejscowość: RZESZÓW

Ulica: ZYGMUNTOWSKA

Nr domu: 14

Nr lokalu: 1

Kod pocztowy: 35-959

Województwo: podkarpackie

Szkoda poza granicami RP: Nie

Szczegóły zdarzenia

Opis zdarzenia (okoliczności powstania szkody): Opisać zdarzenie lub załączyć opis

DANE OSOBOWE

Dane osoby zgłaszającej szkodę

Nazwisko: Kowalski

Imię: Jan

Ulica: Tycjana

Nr domu: 4

Nr lokalu: 5

Miejscowość: RZESZÓW

Kod pocztowy: 35-959

Telefon 1: 600500800

Kto jest poszkodowanym?: Zgłaszający

Nazwisko: Kowalski

Imię: Jan

PESEL:

Dane do korespondencji

Ulica: Tycjana

Nr domu: 4

Nr lokalu: 5

Miejscowość: RZESZÓW

Kod pocztowy: 35-959

Telefon: 600500800

E-mail: jankowalski@onet.pl

Dane Poszkodowanego

Polisa Poszkodowanego

Seria polisy: ERUILB

Numer polisy: 10720096

Grupa i nazwa ubezpieczenia wskazana na polisie: eRU - NNW Grupowe

Placówka PZU SA w której zawarto ubezpieczenie: PZU SA Rzeszów

Kto zawarł umowę ubezpieczenia?: Inna osoba/podmiot

Proszę podać dane tej osoby/podmiotu: Nazwa Zakłady Pracy

DANE UZUPEŁNIAJĄCE

Zgłaszane przez Pana/Panią zdarzenie dotyczy: Nieszczęśliwego wypadku

Odniesione przez Poszkodowanego obrażenia ciała: Opis zdarzenia lub proszę przesłać opis w załączniku

Czy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji): Tak

Czy części ciała uszkodzone w tym wypadku były uszkodzone wcześniej w wyniku innego wypadku lub choroby: Nie wiem

Dane uzupełniające

DANE UZUPEŁNIAJĄCE

Zgłaszane przez Pana/Panią zdarzenie dotyczy: Niestety wypadku

Odniesione przez Poszkodowanego obrażenia ciała: Opis zdarzenia lub proszę przesłać opis w załączniku

Czy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji): Tak

Czy części ciała uszkodzone w tym wypadku były uszkodzone wcześniej w wyniku innego wypadku lub choroby: Nie wiem

Dane uzupełniające

Kto udzielił Poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej po wypadku:

Pogotowie ratunkowe

Nazwa i adres udzielającego pomocy: np. Pogotowie Rzeszów

Czy wypadek miał związek z ruchem pojazdu: Nie

Czy Poszkodowany posiada inną polisę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w PZU SA i/lub PZU Życie SA: Nie wiem

DANE KONTAKTOWE

Kto jest osobą do dalszego kontaktu: Zgłaszający

Nazwisko: Kowalski

Imię: Jan

Telefon 1: 600500800

E-mail: jankowalski@onet.pl

Dane osoby do kontaktu

Konto bankowe

Właściciel konta: Poszkodowany

Dokumentacja sprawy

Nie dołączono dokumentów

Uwagi do powyższego zgłoszenia

Ewentualne uwagi do zgłoszenia.



Zmień

Proszę przepisać kod, który widzi Pan/Pani powyżej

3RPX

OŚWIADCZENIA WOLI (PROSZĘ UZUPEŁNIĆ)



Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przekazanych przeze mnie PZU SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi. Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy. Powyższa zgoda nie ma zastosowania w sprawach związanych ze zgonem osoby wskazanej w umowie ubezpieczenia.



Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt może się odbyć elektronicznie na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Celem przetwarzania danych jest rozpatrzenie zgłoszenia o wypłatę odszkodowania/świadczenia, przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej. Dane będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń, wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych. Dane mogą być udostępnione podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie administratora, innym podmiotom na podstawie przepisów prawa, poza obszar Europejskiego Obszaru Gospodarczego o ile wymaga tego realizacja umowy ubezpieczenia. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, wycofania zgody oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.

< WSTECZ

ZAAKCEPTUJ I WYŚLIJ

Co nowego w aplikacji?

Polityka prywatności i bezpieczeństwo
Redakcja serwisu
Pomoc
PZU Oficjalny kanał YouTube
Jakie ubezpieczenie
Życie na 100%

Grupa PZU
PZU SA
PZU Życie SA
PTE PZU SA
TFI PZU SA
PZU Pomoc SA

Biuro Prasowe
Relacje inwestorskie
Mapa serwisu
Kariera
Kontakt

Nieruchomości na sprzedaż
Do you need advice in english?
© Copyright PZU

Zgłoszenia świadczenia

Dokumentacja



Aby likwidacja świadczenia została przeprowadzona sprawnie należy dołączyć do sprawy pełną dokumentację

➤ **przy zgłoszeniu internetowym:** dokumentację można załączyć od razu w formie skanów/zdjęć.

Dokumentację można również dołączyć później, korzystając z Internetowego Statusu Sprawy lub dostać e-mailem albo pocztą,

➤ **przy zgłoszeniu osobistym w oddziale PZU:** dokumentację należy przekazać pracownikowi przyjmującemu zgłoszenie



Co w przypadku, gdy przedłożone dokumenty okażą się niewystarczające?

Ubezpieczyciel zobowiązany jest w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o roszczeniu poinformować uprawnionego o rodzaju dokumentów potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, jeśli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania (art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22.05.2003r. o działalności ubezpieczeniowej).



Zgłoszenia świadczenia

Termin rozpatrzenia świadczenia – zgodnie z OWU i Kodeksem cywilnym wynosi 30 dni.



W PZU z myślą o klientach skrócony został czas rozpatrywania świadczeń średnio do:

3 dni – dla następujących świadczeń życiowych: urodzenie dziecka, śmierć współubezpieczonego,

7 dni – dla świadczeń medycznych,

14 dni – dla świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Krótsze terminy obowiązują w przypadku złożenia kompletu dokumentów na etapie zgłoszenia.

Jakie są formy wypłaty świadczenia?



- Przelew na rachunek bankowy
- Wypłata w kasie wyznaczonego banku
- Przelew środków na poczet innego ubezpieczenia (w całości lub części) zgodnie z dyspozycją uprawnionego.