



Zgłaszanie i obsługa świadczeń

PORADNIK





PORADNIK

Poradnik składa się z 2 części.

W **części I** poradnika zapoznasz się z zasadami zgłaszania oraz rozpatrywania zgłoszeń o świadczenie. Poznasz m.in.:

- kanały dokonywania zgłoszeń,
- terminy obsługi spraw,
- formy wypłaty,
- zasady procesu obsługi świadczeń,
- sposoby kontaktu z opiekunem sprawy.

Część II zawiera informacje dotyczące dokumentów potrzebnych do rozpatrzenia Twojej sprawy.

CZĘŚĆ I



ZASADY ZGŁASZANIA ORAZ ROZPATRYWANIA ZGŁOSZEŃ O ŚWIADCZENIE

INFORMACJE OGÓLNE

Świadczenia z tytułu ubezpieczeń grupowych na życie są podzielone na 3 grupy:

1. Świadczenia życiowe:

- śmierć ubezpieczonego,
- śmierć osoby współubezpieczonej (małżonka, dziecka, rodziców, teściów),
- urodzenie się dziecka.

2. Świadczenia medyczne:

- pobyt w szpitalu,
- operacje chirurgiczne,
- ciężka choroba,
- trwałe inwalidztwo,
- trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji,
- leczenie specjalistyczne,
- rekonwalescencja.

3. Świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków(NNW):

- trwały uszczerbek na zdrowiu (TU) spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
- trwały uszczerbek na zdrowiu (TZ) spowodowany zawałem serca/ krwotokiem śródmózgowym.

Kto może zgłosić roszczenie?

- uprawniony do świadczenia,
- osoba obsługująca w zakładzie pracy (OZP),
- dowolna osoba zawiadamiająca o zdarzeniu.

ZGŁOSZENIE ŚWIADCZENIA



Zgłoszenie świadczenia przez Internet

Zachęcamy do zgłaszania świadczeń przez Internet.

Korzystając z Internetu, możesz zgłosić zdarzenie bezpośrednio z domu lub pracy. Dzięki temu zaoszczędzisz czas, który musiałbyś poświęcić na dojazd do oddziału PZU. Przez Internet możesz przesłać wszystkie niezbędne dokumenty. Czytelny układ zakładek w aplikacji sprawia, że rejestracja jest prosta i szybka. Przez Internet możesz zgłosić roszczenie z każdego rodzaju umowy ubezpieczenia na życie.

W jaki sposób zgłosić roszczenie przez Internet?

Krok 1

- a) wejdź na stronę pzu.pl i wybierz opcję „Zgłoś szkodę lub roszczenie”,
- b) wybierz formularz właściwy dla rodzaju zdarzenia,
- c) wypełnij formularz,
- d) załącz do zgłoszenia niezbędne dokumenty.

Załączenie dokumentów do zgłoszenia może znacznie skrócić czas realizacji wypłaty.

Krok 2

Prawidłowo wypełniony i wysłany formularz trafia automatycznie do systemu obsługi spraw i zostaje przekazany do Twojego opiekuna.

Krok 3

Po wypełnieniu i wysłaniu formularza otrzymasz e-mailem potwierdzenie zgłoszenia wraz z numerem sprawy.



Internetowy Status Sprawy

Chcesz wiedzieć, na jakim etapie jest Twoja sprawa?

Jeżeli jesteś uprawnionym do świadczenia, możesz sprawdzić status swojej sprawy oraz śledzić postępy w jej obsłudze za pomocą Internetowego Statusu Sprawy.

Krok 1

Wejdź na stronę pzu.pl i wybierz opcję „Sprawdź status zgłoszenia”.

Krok 2

Wpisz numer sprawy, który otrzymałeś e-mailem po dokonaniu zgłoszenia. Podaj numer PIN, który ustaliłeś na etapie zgłoszenia, oraz zaakceptuj regulamin.

Jeśli nie posiadasz numeru sprawy lub numeru PIN, a jesteś uprawnionym w sprawie, zadzwoń na infolinię PZU pod numer 801 102 102, a prześlemy Ci dane niezbędne do logowania.

Krok 3

Możesz monitorować swoją sprawę on-line przez całą dobę. Bez wychodzenia z domu możesz:

- sprawdzić status i czas realizacji Twojej sprawy,
- sprawdzić dokumenty i szczegóły zgłoszenia,
- uzupełnić dokumenty, których brakuje,
- wysłać i odbierać korespondencję elektroniczną z PZU.

Wsparcie merytoryczne

W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z wypełnieniem i wysłaniem internetowego formularza zgłoszenia roszczenia prosimy o kontakt pod numerem infolinii: **801 102 102** lub **22 566 55 55**.



Inne sposoby zgłoszenia świadczenia

- Za pośrednictwem **eRU**
(z pomocą osoby obsługującej system w zakładzie pracy – OZP).
- Przez infolinię PZU: **801 102 102**.
- **W oddziale PZU**.
- Listownie, wysyłając zgłoszenie na adres: **ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa**.



OBSŁUGA I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Kto obsługuje świadczenia (roszczenia) i w jakim czasie są rozpatrywane?

Roszczenia są rozpatrywane przez pracowników Regionalnych Centrów Likwidacji Szkód Grupy PZU. Twoją sprawą zajmuje się Twój opiekun.

Termin rozpatrzenia świadczenia – zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia i Kodeksem cywilnym – wynosi 30 dni. Z myślą o Tobie skróciliśmy 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.

Wypłata w kasie banku to odebranie świadczenia w kasie każdej placówki wyznaczonego banku.

Lista placówek, które realizują wypłaty, jest dostępna w oddziałach PZU oraz na stronie: <http://www.pzu.pl/web/pzu/szkody-i-roszczenia/swiadczenia-pzu-zycie/proces-likwidacji-szkody> w dziale „Jakie są możliwe formy wypłaty świadczenia?”.

Możesz pobrać kwotę świadczenia przez 14 dni od momentu, w którym opiekun sprawy poinformuje Cię o takiej możliwości. W tym celu zgłoś się do placówki banku z ważnym dokumentem tożsamości.



UZYSKIWANIE INFORMACJI O ZGŁOSZONYM ŚWIADCZENIU

Gdzie i w jaki sposób można uzyskać ogólne informacje o świadczeniach?

Ogólnych informacji udzielają pracownicy PZU na terenie całego kraju.

Informacje związane z konkretnymi sprawami (zakres ubezpieczenia, zgłoszone świadczenie) uzyskasz:

- za pośrednictwem Internetu (Internetowy Status Sprawy) – po zgłoszeniu świadczenia przez Internet otrzymujesz e-maila z numerem sprawy. Numer ten podajesz wraz z numerem PIN podczas logowania na stronie **pzu.pl** – opcja „**Sprawdź status zgłoszenia**”,
- na infolinii PZU: **801 102 102** lub **22 566 55 55**,
- od pracowników oddziału PZU.

SPOSOBY ROZPATRYWANIA ŚWIADCZEŃ



ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Jakie są kryteria ustalania odpowiedzialności i wysokości świadczeń TU?

W ubezpieczeniach NNW przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, tj. wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu (TU) ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (NW).

Trwały uszczerbek na zdrowiu powstaje, gdy w organizmie człowieka następuje trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu, układu lub trwałym upośledzeniu jego funkcji. Najważniejszym elementem, który decyduje o ustaleniu stopnia TU, jest nierokująca poprawy trwałość następstw NW.

Wiele nieszczęśliwych wypadków bezpośrednio po zdarzeniu wydaje się groźnych dla zdrowia, jednak po zakończeniu leczenia i rehabilitacji nie pozostawiają trwałego uszczerbku. Nasilone objawy czy dolegliwości ustępują pod wpływem coraz lepszych metod leczenia, rehabilitacji lub leków i dochodzi do całkowitego powrotu do stanu zdrowia sprzed wypadku.

Ubezpieczenie następstw NNW nie jest ubezpieczeniem od ryzyka wystąpienia zdarzenia (od przejściowych ograniczeń, bólu czy skarg subiektywnych), ale od konkretnych, nierokujących poprawy trwałych następstw NW.

Kiedy można dokonać oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu?

Takiej oceny dokonuje się, jeśli została spełniona definicja nieszczęśliwego wypadku oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu (wg ogólnych warunków ubezpieczenia).

Lekarz orzecznik ustala trwały uszczerbek na zdrowiu – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu czy układu albo upośledzeniu jego funkcji.

Procent trwałego uszczerbku ustala się na podstawie tabeli norm trwałego uszczerbku (załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia).

Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku nie bierzemy pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy.

Obsługa świadczeń z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków

Proponujemy 3 sposoby rozpatrzenia takich świadczeń.

Uproszczona obsługa – opiekun sprawy kontaktuje się z Tobą telefonicznie i proponuje ustaloną kwotę świadczenia. Świadczenie realizujemy bezpośrednio po uzyskaniu Twojej zgody na podaną kwotę.

Korzyści:

- stworzyliśmy taką formę obsługi świadczeń, wychodząc naprzeciw potrzebom naszych klientów, którzy chcieli w ten sposób zaoszczędzić czas,
- jeśli zdecydujesz się na taką formę wypłaty świadczenia, nie musisz dostarczać dalszej dokumentacji,
- kwota świadczenia po orzeczeniu lekarskim może ulec zmianie, także na Twoją niekorzyść. Proponowana kwota świadczenia nie ulegnie zmianie, nawet jeśli stan Twojego zdrowia się polepszy,
- akceptacja proponowanej kwoty pozwoli na wypłatę świadczenia w ciągu zaledwie 3 dni (czas realizacji przelewu).

Obsługa z zastosowaniem tzw. zaocznego orzeczenia lekarskiego – lekarz orzecznik PZU ustala wysokość (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie zgromadzonej w Twojej sprawie dokumentacji. Lekarz wydaje orzeczenie lekarskie, na którego podstawie wypłacamy świadczenie.

Obsługa z zastosowaniem bezpośredniego badania lekarskiego – lekarz orzecznik ustala stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie bezpośredniego badania poszkodowanego. PZU Życie SA kieruje poszkodowanych na bezpośrednie badania lekarskie przede wszystkim w przypadkach urazów: ciężkich (np. bezpośredni uraz kręgosłupa, krwotok śródmózgowy), wielonarządowych (np. uraz głowy i kończyn, uraz kręgosłupa i głowy, uraz brzucha i kończyn), skomplikowanych z leczeniem operacyjnym z powikłaniami pourazowymi (np. z uszkodzeniem nerwów, z przewlekłym zapaleniem) oraz w przypadkach wątpliwości co do istnienia związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem a następstwami.



ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

Rozpatrzenie świadczeń medycznych z umów ubezpieczeń dodatkowych, których przedmiotem jest zdrowie ubezpieczonego, polega na:

- sprawdzeniu zakresu odpowiedzialności w ubezpieczeniu,
- udokumentowaniu danego zdarzenia, np. pobytu w szpitalu, przebycia operacji chirurgicznej, zdiagnozowania ciężkiej choroby.

Do rozpatrzenia świadczeń medycznych niezbędna jest dokumentacja danego zdarzenia, np. pobytu w szpitalu, przebycia operacji chirurgicznej, zdiagnozowania ciężkiej choroby.

W razie potrzeby sprawdzamy okoliczności i przyczyny zdarzenia oraz historię choroby.



ŚWIADCZENIA ŻYCIOWE

Rozpatrzenie świadczeń życiowych z tytułu śmierci osoby współubezpieczonej (małżonka, dzieci, rodziców, teściów) oraz z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu polega na:

- sprawdzeniu zakresu odpowiedzialności w ubezpieczeniu,
- ustaleniu pokrewieństwa lub powinowactwa (w zależności od rodzaju zdarzenia) osoby współubezpieczonej do ubezpieczonego w związku ze zdarzeniem, które zaszło w życiu danej osoby (współubezpieczonej lub ubezpieczonej).

Do rozpatrzenia świadczeń życiowych niezbędna jest dokumentacja danego zdarzenia, np. akt zgonu, karta zgonu, akt urodzenia.

Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacamy osobie wskazanej na deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia (osobie uposażonej).

W razie potrzeby sprawdzamy okoliczności i przyczyny zdarzenia.



CZĘŚĆ II



DOKUMENTACJA NIEZBĘDNA DO ROZPATRZENIA ZGŁOSZENIA

W jaki sposób szybko otrzymać świadczenie?

- Załącz do zgłoszenia niezbędną dokumentację:
 - przy zgłoszeniu internetowym: dokumentację załącz od razu w formie skanów/zdjęć. Możesz ją też dołączyć później, korzystając z Internetowego Statusu Sprawy lub dosłać e-mailem albo pocztą,
 - przy zgłoszeniu osobistym w oddziale PZU: dokumentację przedłóż pracownikowi przyjmującemu zgłoszenie,
- lub wyślij zgłoszenie wraz z dokumentacją pocztą na adres: ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa.

Jeżeli masz wątpliwości, jakie dokumenty należy załączyć do danego typu roszczenia, skontaktuj się z opiekunem Twojej sprawy przez Internetowy Status Sprawy (po zalogowaniu się na stronie pzu.pl) lub z infolinią PZU: **801 102 102** i **22 566 55 55**.

Oba sposoby dostarczenia dokumentacji oszczędzają Twój czas i zapewniają szybką wypłatę świadczenia.



TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU

Dokumentacja podstawowa:

- dokumentacja medyczna (w szczególności z udzielenia pierwszej pomocy) potwierdzająca datę i okoliczności wypadku oraz charakter obrażeń: karta informacyjna leczenia szpitalnego, dokumentacja z pogotowia ratunkowego, dokumentacja z ambulatorium, historia choroby, wyniki badań,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości,
- opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- dokumentacja potwierdzająca okoliczności wypadku (dokumentacja z policji/prokuratury/ sądu, protokół powypadkowy),
- w przypadku, gdy ubezpieczony kierował jakimkolwiek pojazdem – dokument upoważniający do prowadzenia pojazdu lub informacja z policji/prokuratury o uprawnieniach do kierowania pojazdem oraz dokument potwierdzający stan trzeźwości.

Zaświadczenia lekarskie nie są traktowane jako dokumentacja medyczna.



ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

Leczenie szpitalne

Dokumentacja podstawowa:

- karta informacyjna leczenia szpitalnego lub dokumentacja, która potwierdza rozpoznanie choroby lub nieszczęśliwy wypadek, wydana przez lekarza prowadzącego (gdy roszczenie zostało zgłoszone w trakcie pobytu w szpitalu, po 30 lub 60 dniach pobytu),
- opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- dokumentacja medyczna lub inna, np. z policji/prokuratury, dokument, który określa zawartość alkoholu we krwi – gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, co spowodowało konieczność hospitalizacji,

- gdy pobyt w szpitalu jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:
 - potwierdzenie daty nieszczęśliwego wypadku, np. dokumentacja z udzielenia pierwszej pomocy (SOR, szpital, pogotowie ratunkowe, przychodnia)
 - przedstawienie dokładnych okoliczności zdarzenia podanych przez ubezpieczonego,
 - dokument, który potwierdza stan trzeźwości ubezpieczonego (np. notatka z policji/prokuratury), oraz dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu, gdy jest to wypadek komunikacyjny i ubezpieczony był kierowcą.

Leczenie szpitalne Plus – dodatkowo:

- karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa z OIT,
- jeśli z karty wypisowej z OIT nie wynika jednoznacznie, że pobyt na OIT trwał co najmniej 48 godzin, niezbędne są dodatkowe informacje ze szpitala o dokładnym czasie pobytu na OIT,
- w przypadku rekonwalescencji – dodatkowo kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne (potwierdzona za zgodność z oryginałem) albo zaświadczenie przygotowane przez ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z przebywaniem na zwolnieniu lekarskim (wydanym przez oddział szpitalny),
- w przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIT poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt w szpitalu,
- w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy – protokół BHP z wypadku przy pracy lub orzeczenie ZUS.

Operacje chirurgiczne

Dokumentacja podstawowa:

- karta informacyjna z leczenia szpitalnego, podczas którego wykonano zabieg operacyjny, lub inna dokumentacja, która potwierdza przebieg zabiegu operacyjnego (np. dokumentacja z ambulatorium lub historia choroby z poradni specjalistycznej),
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- gdy zabieg operacyjny jest następstwem NW, wymagamy takich dokumentów jak w przypadku leczenia szpitalnego.

Ciężka choroba

Dokumentacja podstawowa:

- dokumentacja medyczna, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby oraz datę zdarzenia,
- karta informacyjna leczenia szpitalnego lub wyniki badań histopatologicznych – w przypadku chorób nowotworowych,
- dokumentacja z rozpoczęcia diagnozowania choroby (USG, TK, mammografia, badania serologiczne i inne),
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Leczenie specjalistyczne

Dokumentacja podstawowa:

- dokumentacja medyczna, która potwierdza specjalistyczne leczenie (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego/ zaświadczenie ze szpitala/wynik badania histopatologicznego/wyniki badań specjalistycznych),
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji

Dokumentacja podstawowa:

- dokumentacja medyczna, która stwierdza całkowitą i trwałą niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, dokumentacja z pogotowia ratunkowego, dokumenty z ambulatorium, historia choroby),
- orzeczenie lekarskie o niezdolności do pracy,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- gdy trwała niezdolność do pracy jest skutkiem NW, wymagamy dokumentów, które potwierdzają okoliczności wypadku (np. notatka z policji lub prokuratury) oraz dokładne okoliczności wypadku podane przez ubezpieczonego.



URODZENIE DZIECKA

Urodzenie dziecka

Dokumentacja podstawowa:

- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka
 - Uwaga:** w przypadku unijnego aktu urodzenia niezbędne jest przedłożenie pełnego aktu urodzenia, w którym podane są nazwiska i imiona rodziców dziecka,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Urodzenie dziecka martwego:

- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją „dziecko martwo urodzone”,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.



ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁUBEZPIECZONYCH

Śmierć rodziców ubezpieczonego

Dokumentacja podstawowa:

- odpis skrócony aktu zgonu ojca/matki,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- karta zgonu lub inna dokumentacja, która stwierdza przyczynę zgonu/okoliczności zdarzenia.

Śmierć ojczyma/macochy ubezpieczonego

Dokumentacja podstawowa:

- odpis skrócony aktu zgonu odpowiednio naturalnego ojca/matki,
- odpis skrócony aktu małżeństwa ojczyma/macochy z biologiczną matką/ojcem,
- odpis skrócony aktu zgonu ojczyma/macochy,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- w razie potrzeby karta zgonu lub inna dokumentacja, która stwierdza przyczynę zgonu/okoliczności zdarzenia,
- w przypadku zgłoszenia zgonu ojczyma lub macochy, który nastąpił po zgonie biologicznego ojca lub matki, należy złożyć oświadczenie następującej treści: „Oświadczam, że zmarły w dniu... ojczym (lub macocha) po zgonie mojego biologicznego ojca (lub mojej biologicznej matki) nie wstąpił (nie wstąpiła) ponownie w związek małżeński”,

Śmierć rodziców małżonka ubezpieczonego

Dokumentacja podstawowa:

- odpis skrócony aktu zgonu ojca/matki małżonka,
- odpis skrócony aktu małżeństwa ubezpieczonego z małżonkiem

Uwaga: Gdy wyżej wymieniony akt małżeństwa został wydany wcześniej niż

3 miesiące od daty zdarzenia (zgonu rodzica małżonka) – oświadczenie o pozostawaniu w związku małżeńskim wg wzoru:

- gdy małżonek ubezpieczonego żyje – oświadczenie ubezpieczonego o pozostawaniu w związku małżeńskim,
 - gdy małżonek ubezpieczonego nie żyje – oświadczenie ubezpieczonego, że nie zawarł kolejnego związku małżeńskiego,
 - gdy partner życiowy ubezpieczonego żyje – oświadczenie ubezpieczonego, że pozostaje w aktualnym związku z partnerem życiowym,
 - gdy partner życiowy ubezpieczonego nie żyje – oświadczenie ubezpieczonego, że po zgonie partnera życiowego nie wstąpił w kolejny nieformalny związek, Uwaga: Istnieje możliwość złożenia stosownego oświadczenia telefonicznie,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- karta zgonu lub inna dokumentacja, która stwierdza przyczynę zgonu/okoliczności zdarzenia.

Śmierć macochy/ojczyrna małżonka ubezpieczonego

Dokumentacja podstawowa:

- odpis skrócony aktu zgonu ojca/matki małżonka,
- odpis skrócony aktu małżeństwa ojczyrna/macochy z biologiczną matką/ojcem małżonka ubezpieczonego,
- odpis skrócony aktu zgonu ojczyrna/macochy małżonka ubezpieczonego,
- odpis skrócony aktu małżeństwa ubezpieczonego z małżonkiem,
- oświadczenie o pozostawaniu w związku małżeńskim stosuje się analogicznie jak w przypadku śmierci rodziców małżonka ubezpieczonego,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- karta zgonu lub inna dokumentacja, która stwierdza przyczynę zgonu/okoliczności zdarzenia,
- w przypadku zgłoszenia zgonu ojczyrna/macochy małżonka, który nastąpił po zgonie biologicznego ojca/matki małżonka, należy złożyć oświadczenia następującej treści: „Oświadczam, że zmarły w dniu... ojczyrn (lub macocha) mojego małżonka po zgonie biologicznego ojca (lub biologicznej matki) mojego małżonka nie wstąpił (nie wstąpiła) ponownie w związek małżeński.”.

Śmierć dziecka

Dokumentacja podstawowa:

- odpis skrócony aktu zgonu dziecka,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- w zależności od przyczyny zgonu – karta zgonu lub inna dokumentacja, która stwierdza przyczynę zgonu/okoliczności zdarzenia,
- w razie zgonu pasierba – odpis skrócony aktu zgonu naturalnego rodzica i aktu małżeństwa rodzica dziecka z ubezpieczonym.

Śmierć małżonka

Dokumentacja podstawowa:

- odpis skrócony aktu zgonu małżonka,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- karta zgonu lub inna dokumentacja, która stwierdza przyczynę zgonu/okoliczności zdarzenia.

Śmierć ubezpieczonego

Dokumentacja podstawowa:

- odpis skrócony aktu zgonu lub inny dokument, który potwierdza zgon (postanowienie sądu o uznaniu za zaginionego),
- deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia

- Uwaga:** Dostarczenie deklaracji przystąpienia jest ważne m.in. ze względu na własnoręczne pisemne wyznaczenie w niej przez ubezpieczonego uposażonego na wypadek śmierci (dla celów dowodowych) oraz oświadczeń w niej zawartych,
- dowód tożsamości uprawnionego lub odpis danych z jego dowodu tożsamości.

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- karta zgonu lub inna dokumentacja medyczna, która stwierdza przyczynę zgonu/okoliczności zdarzenia,
- gdy świadczenie należne jest osobie nieletniej – dowód tożsamości przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego,
- przy świadczeniu z tytułu osierocenia dziecka ubezpieczonego:
 - akt urodzenia lub dokument, który potwierdza tożsamość dziecka, zaświadczenie ze szkoły/uczelni dla dzieci w wieku 18–25 lat albo zaświadczenie o niezdolności do pracy,
 - w razie osierocenia pasierba – akt zgonu rodzica i akt małżeństwa pozostałego przy życiu rodzica.

Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku/wypadku w pracy spowodowanego NW/wypadku komunikacyjnego, dodatkowo:

Dokumentacja podstawowa:

- karta zgonu lub inna dokumentacja medyczna, która stwierdza przyczynę zgonu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, dokumentacja z pogotowia ratunkowego, historia choroby, zaświadczenie o przyczynie zgonu),

Dokumentacja dodatkowa (opcjonalnie w niektórych sytuacjach lub w zależności od ogólnych warunków ubezpieczenia):

- potwierdzenie okoliczności wypadku (dokumentacja z policji/ prokuratury/sądu, protokół powypadkowy),
- dokument, który upoważnia do prowadzenia pojazdu,
- dokument, który potwierdza stan trzeźwości – gdy ubezpieczony kierował pojazdem,
- w razie wypadku komunikacyjnego – aktualne badanie techniczne lub inny dokument, który dopuszcza do ruchu pojazd osoby, która uczestniczyła w wypadku komunikacyjnym,
- w razie wypadku przy pracy – dokumentacja, która potwierdza zaistnienie wypadku w pracy (np. protokół powypadkowy, dokumentacja z ZUS).

W sytuacjach szczególnych możemy poprosić Cię o dokumenty inne niż wyżej wymienione. Skontaktujemy się wtedy z Tobą przez opiekuna Twojej sprawy.

Możesz mieć szczególne warunki ubezpieczenia, które będą miały wpływ na proces obsługi Twojej sprawy oraz zakres wymaganej dokumentacji.

☎ 801 102 102
pzu.pl

