

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY REALIZACJI USŁUG MEDYCZNYCH



## Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie następstw ciężkich chorób (PZU Z miłości do zdrowia)

Wypełnij wniosek drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem.

### I Dane Ubezpieczonego (dane osoby, u której wystąpiła ciężka choroba)

<input type="checkbox"/> Pan	<input type="checkbox"/> Pani	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nazwisko*	Imię*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL*		Data urodzenia*	
<b>Adres do korespondencji:</b>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Numer domu	Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Poczta	Miejscowość	
<b>Dane kontaktowe:*</b>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Numer telefonu		E-mail	

Do formularza zgłoszeniowego dołącz skan/kopię dokumentacji medycznej, które potwierdzają rozpoznanie ciężkiej choroby.

Wypełniony formularz wraz z dokumentacją medyczną wyślij e-mailem pod adres: zdarzeniemedyczne@pzu.pl lub złóż do dowolnego oddziału PZU.

W razie pytań / wątpliwości skontaktuj się z infolinią pod nr 22 358 62 00.

### II Oświadczenia

- Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.
- Zgadzam się na przesyłanie korespondencji, które dotyczą zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (na wskazany adres e-mail).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Miejscowość	Podpis

\* obowiązkowo wypełnij pola zaznaczone gwiazdką