



I Dane Ubezpieczonego

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Imię i Nazwisko		PESEL	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres do korespondencji:		Nr domu	Nr lokalu
Ulica		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kod pocztowy	Miejscowość	Pocztą	

II Dane o ryzyku

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uprawiana dyscyplina sportu	Przynależność klubowa zawodnika / klub z którym zawodnik związany jest kontraktem
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Częstotliwość treningów w tygodniu	Liczba przewidywanych zawodów, meczy, rozgrywek, zgrupowań w sezonie / w okresie ubezpieczenia

Kontuzje, urazy, choroby lub stany chorobowe przebyte w okresie ostatnich 12 lub 36 miesięcy	Proszę zaznaczyć właściwe przez TAK / NIE, podać rodzaj, datę zdarzenia, okres niezdolności do uprawiania sportu, stosowane leczenie
Głowa 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Szyja (odcinek kręgosłupa szyjnego) 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Prawe ramię 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Lewe ramię 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Klatka piersiowa, włączając żebra 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Górna część pleców włączając odcinek kręgosłupa piersiowego 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Dolna część pleców włączając odcinek lędźwiowy 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Miednica / Biodra włączając pachwinę lewą, prawą 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Podbrzusze włączając żołądek 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Prawa ręka włączając łokieć 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Lewa ręka włączając łokieć 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Prawa dłoń włączając nadgarstek palce kciuk 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Lewa dłoń włączając nadgarstek palce kciuk 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Prawe udo włączając ścięgno udowe 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Lewe udo włączając ścięgno udowe 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Prawe kolano 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Lewe kolano 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Prawe podłudzie włączając kostkę, ścięgno Achillesa 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Lewe podłudzie włączając kostkę, ścięgno Achillesa 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

Kontuzje, urazy, choroby lub stany chorobowe przebyte w okresie ostatnich 12 lub 36 miesięcy	Proszę zaznaczyć właściwe przez TAK / NIE, podać rodzaj, datę zdarzenia, okres niezdolności do uprawiania sportu, stosowane leczenie
Prawa stopa włączając palce 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Lewa stopa włączając palce 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Serce 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Klatka piersiowa 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Układ oddechowy 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Układ krążenia 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Ciężenie krwi 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Cukrzyca 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Układ nerwowy 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Reumatyzm, Artretyzm 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Przepuklina 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Mdłości, Omdlenia 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 36 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

Wzrost

Waga

Kontuzje i ich leczenie – istniejące w chwili obecnej

Urazy i ich leczenie – istniejące w chwili obecnej

Inne choroby lub stany chorobowe i ich leczenie – istniejące w chwili obecnej

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zawodnik przechodził kurację zmniejszającą ból, lub zażywa leki antyzapalne dłużej niż przez 21 dni

Inne uprawiane sporty poza podaną na wstępie dyscypliną sportową i częstotliwość uprawiana

- 1) Posiadam inną czynną umowę ubezpieczenia NNW w PZU (indywidualną, zbiorową w klubie, zbiorową poza klubem) TAK NIE
2) Jeśli TAK proszę podać nr umowy oraz zakres i sumy ubezpieczenia

- 3) Występowałem / am w ciągu ostatniego roku o kolejną ofertę ubezpieczenia NNW w PZU TAK NIE
4) Jeśli TAK proszę podać ubezpieczającego

UWAGA! Zgodnie z § 44 ust. 5–8 OWU PZU NNW, PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki kontuzji, urazów chorób lub stanów chorobowych, o które PZU SA pyta ankiecie w niniejszej ankiecie, a które nie zostały w niej podane.

Data

Podpis

III Oświadczenia

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA i PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umów ubezpieczenia.* TAK NIE
- Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU SA oraz PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia, w tym dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia i rokowań, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA oraz PZU SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU SA i PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia.* TAK NIE
- Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez PZU SA i PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej na potrzeby obsługi zgłoszonego roszczenia w PZU SA i PZU Życie SA.* TAK NIE
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia zamieszczonych w ankiecie medycznej, przekazanych przeze mnie PZU Życie SA w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU Życie SA przez placówki medyczne lub lekarzy.**
- Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

7. Oświadczenia, o których mowa w ww. punktach 1–6 składam dobrowolnie. Niniejszy podpis obejmuje oświadczenia wymienione w ww. punktach 1–6.

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

Miejscowość, data

Podpis

Administratorem podanych danych będzie PZU SA. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści i poprawiania swoich danych osobowych. Podane dane będą przetwarzane w celach usługowych. Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU SA zgłaszanego roszczenia z umowy ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne.”

* Zaznaczyć właściwe znakiem X
Informujemy, że brak zgody może uniemożliwić PZU SA rozpatrzenie wniesionych roszczeń.