

**ZGŁOSZENIE SZKODY
UBEZPIECZENIE KOSZTÓW LECZENIA I NASTĘPSTW
NIESZCZESLIWYCH WYPADKÓW**



Infolinia i zgłaszanie szkód: tel. **801 102 102**

| | |
|----------------------|-----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nr szkody | Nr Centrum Alarmowego |

I Zgłaszający szkodę

| | | | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Imię | Nazwisko | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Adres zamieszkania | Nr domu | Nr lokalu | Kod pocztowy |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Miejscowość | Nr PESEL | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data i miejsce urodzenia | Telefon | Adres e-mail | |

II Ubezpieczony / poszkodowany

| | | | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Imię | Nazwisko | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Adres zamieszkania | Nr domu | Nr lokalu | Kod pocztowy |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Miejscowość | Nr PESEL | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data i miejsce urodzenia | Telefon | Adres e-mail | |

III Uprawniony (w przypadku śmierci Ubezpieczonego)

| L.p. | Imię i nazwisko | Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość) | Telefon / Adres e-mail | Charakter uprawnionego |
|------|-----------------|---|------------------------|---|
| 1 | | | | <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony |
| 2 | | | | <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony |

IV Polisa

Seria i numer polisy

V Dane dotyczące zdarzenia

| | | | |
|--|--|-----------------|---|
| Data wypadku / zachorowania | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Godzina wypadku | <input type="text"/> : <input type="text"/> |
| | Dzień | Miesiąc | Rok |
| <input type="text"/> | | | |
| Miejsce zdarzenia (kraj, miejscowość, ulica) | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Opis okoliczności zdarzenia | | | |
| <input type="text"/> | | | |

Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć Poszkodowanego? Nie Tak

Data zgonu --
Dzień Miesiąc Rok

Doznane obrażenia /nazwa zachorowania (diagnoza lekarska)

Kto i kiedy udzielił Poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się w związku ze zgłaszanym obecnie wypadkiem / zachorowaniem.

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed wypadkiem / zachorowaniem, którego dotyczy zgłoszenie.

Czy na miejscu zdarzenia obecna była (proszę o wpisanie adresu jednostki obecnej na miejscu zdarzenia)?

- Policja
Adres
- Straż miejska
Adres
- Straż pożarna
Adres
- Pogotowie ratunkowe
Adres
- Inne
Adres

Czy zdarzenie związane było z:

- wypadkiem komunikacyjnym wykonywaniem pracy zarobkowej wyczynowym uprawianiem sportu

innymi przyczynami

Czy Poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? Nie Tak

VI Świadkowie zdarzenia

Imię Nazwisko

-
Adres zamieszkania Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy

Miejscowość Nr PESEL

Nr dowodu tożsamości Telefon Adres e-mail

Imię Nazwisko

-
Adres zamieszkania Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy

Miejscowość Nr PESEL

Nr dowodu tożsamości Telefon Adres e-mail

VII Koszty leczenia

- W kwocie zostały opłacone osobiście przez Ubezpieczonego
- W kwocie zostały opłacone przez Centrum Alarmowe
- W kwocie zostały opłacone przez znajomego lub członka rodziny
- W kwocie pozostają do zapłaty na rzecz wystawcy rachunku

Oprócz roszczeń dotyczących kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków dodatkowo zgłaszam roszczenia z:

VIII Zwrot opłaconych kosztów / wypłaty świadczenia

W jaki sposób PZU SA ma dokonać zwrotu opłaconych kosztów lub wypłaty świadczenia?

- przelewem bankowym na konto

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię | Nazwisko |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

na konto nr

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Adres zamieszkania | Nr domu | Nr lokalu | |

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Miejscowość | Kod pocztowy | | |

- przekazem pocztowym na adres

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię | Nazwisko |

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nr PESEL | Nr dowodu tożsamości |

Czy w związku z tym zdarzeniem przysługuje Panu(i) świadczenie z tytułu innej umowy ubezpieczenia? (jakiej?)

Załączona dokumentacja lekarska

IX Informacja administratora danych osobowych dla występującego z roszczeniem, zgłaszającego zdarzenie ubezpieczeniowe, pełnomocnika osoby występującej z roszczeniem, sprawcy zdarzenia ubezpieczeniowego, świadka zdarzenia ubezpieczeniowego

Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych

Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.

Obowiązek podania danych

Decyzja dotycząca wysokości odszkodowania zostanie podjęta na podstawie danych niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia. W przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe rozpatrzenie roszczenia.

Zakres i źródło danych

Administrator otrzymał Pani/Pana dane od osoby występującej z zawiadomieniem/roszczeniem w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym. Pani/Pana dane zostały przekazane administratorowi w zakresie: danych identyfikacyjnych, danych adresowych, danych określających rolę w zdarzeniu.

Przetwarzanie danych

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:

- rozpatrzenia zgłoszenia o wypłatę odszkodowania lub świadczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wykonywania umowy ubezpieczenia lub do ustalenia roszczeń z umowy ubezpieczenia, a w odniesieniu do danych dotyczących stanu zdrowia – obowiązek wynikający z przepisów prawa lub ustalenie, dochodzenie, obrona roszczeń w odniesieniu do danych osoby poszkodowanej przez ubezpieczonego (w przypadku, gdy występuje Pani/Pan z roszczeniem, jest Pani/Pan pełnomocnikiem osoby występującej z roszczeniem bądź jest Pani/Pan sprawcą zdarzenia ubezpieczeniowego),
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia oraz obowiązku przechowywania dokumentacji z postępowania obsługowego dla celów dowodowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów prawa, w szczególności, przepisów o rachunkowości,
- wypełniania przez administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności w zakresie weryfikacji list sankcyjnych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z odpowiednich przepisów,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA, tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia albo w przypadku przedniego wniesienia sprzeciwu, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe, dane kontaktowe pozyskane w przyszłości oraz dane dotyczące posiadanych produktów,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące przyznania albo odmowy świadczenia mogą być podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej przyznania albo odmowy świadczenia, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, a także do momentu wygaśnięcia uprawnienia do przetwarzania danych w celach ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości.

Przekazywanie danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa, a także na podstawie zawartych przez administratora umów z zakładami reasekuracji.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, w tym m.in. dostawcom usług IT, podmiotom wyceniającym szkody, lekarzom orzecznikom, podmiotom świadczącym usługi medyczne i assistance, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

W zależności od rodzaju ubezpieczenia, Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane podmiotom znajdującym się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Więcej informacji o przekazaniu danych osobowych, w tym o państwach, do których dane mogą być przekazywane, można uzyskać kontaktując się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych..

Pani/Pana prawa

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

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.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. W Polsce takim organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Jeżeli jest Pani/Pan pełnomocnikiem osoby, której dane przetwarza PZU Życie SA lub PZU SA, uprzejmie prosimy o przekazanie niniejszej Informacji Administratora danych osobowych także tej osobie, która udzieliła Pani/Panu pełnomocnictwa.

X Oświadczenie

- Należne odszkodowanie należy przekazać:
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich 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.
- W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówki służby zdrowia oraz lekarzy do udzielenia PZU SA informacji, w tym do przekazania do PZU SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia.
- Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez PZU SA i PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonych postępowań likwidacyjnych przez PZU SA i PZU Życie SA.
- Jeżeli warunki umowy przewidują badanie lekarskie, a dokumentacja przedłożona do szkody/sprawy będzie wystarczająca, wyrażam zgodę na rozpatrzenie zgłoszenia bez przeprowadzenia badania lekarskiego.
- Zgodnie z art. 29 ust.1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015 r., poz. 1844) wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody/przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.
 Tak Nie

Miejscowość

DD - MM - RRRR

Data

Czytelny podpis poszkodowanego

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU SA zgłaszanego roszczenia o szkodę/świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia.

Formularz zgłoszenia szkody prosimy przesłać:

• **pocztą tradycyjną na adres:**
PZU SA
ul. Postępu 18a
02-676 Warszawa,

• **lub elektronicznie na adres e-mail:**
e-mail: szkodylowieckie@pzu.pl