

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA SZKODY Z TYTUŁU ODPOWIEDZIALNOŚCI
CYWILNEJ MYŚLIWEGO – GRUPOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA
POLSKIEGO ZWIĄZKU ŁOWIECKIEGO (PZŁ)**



Numer polisy: 1077923534

Okres ubezpieczenia: od 01.01.2024 do 31.12.2024

I. Zgłaszający szkodę

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Nazwa firmy
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adres zamieszkania		Nr domu Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Nr PESEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Adres e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

II. Poszkodowany

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Nazwa firmy
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adres zamieszkania		Nr domu Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Nr PESEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Adres e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Poszkodowany jest członkiem Koła Łowieckiego Nie Tak

<input type="text"/>
Nazwa i adres Koła Łowieckiego

III. Dane dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DD - MM - RRRR	Miejsce zdarzenia

Zdarzenie miało miejsce

w trakcie polowania zbiorowego w trakcie polowania indywidualnego w drodze na polowanie lub podczas powrotu z polowania

w trakcie wykonywania czynności gospodarczych i innych prac zleconych przez PZŁ inne

Rodzaj szkody:	<input type="checkbox"/> szkoda rzeczowa (nazwa rzeczy)	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> szkoda na osobie (zgon, uszkodzenie ciała)	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> inna	<input type="text"/>

Czy poszkodowany był po spożyciu alkoholu ? (‰) Nie Tak

Szczegółowy opis okoliczności zaistniałego zdarzenia/wypadku: (przyczyna, okoliczności powstania szkody, rozmiar i rodzaj uszkodzeń, szacowana wartość szkody oraz podjęte działania zabezpieczające)

<input type="text"/>

Uszkodzenia i obrażenia ciała (rodzaj), zakres uszkodzeń na rzeczy (np. w pojeździe)

Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pomocy?

Świadkowie zdarzenia/wypadku

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Adres zamieszkania	
<input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 55%;" type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>
Telefon	Adres e-mail
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 55%;" type="text"/>

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Adres zamieszkania	
<input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 55%;" type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>
Telefon	Adres e-mail
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 55%;" type="text"/>

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Adres zamieszkania	
<input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 55%;" type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>
Telefon	Adres e-mail
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 55%;" type="text"/>

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Adres zamieszkania	
<input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 55%;" type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>
Telefon	Adres e-mail
<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 55%;" type="text"/>

Adres zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczył się po wypadku

Czy wypadek zgłoszono policji, prokuratorowi, pogotowiu ratunkowemu? (nazwa, adres oraz data zgłoszenia) Nie Tak

Czy wypadek/szkodę zgłoszono do koła łowieckiego/zarządu okręgowego (data zgłoszenia, adres i nazwa koła łowieckiego) Nie Tak

Czy i w jakim stopniu poszkodowany przyczynił się do powstania szkody?

Szacunkowy rozmiar i wartość szkody (wg wstępnej oceny)

IV. Sprawca/ubezpieczony

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Miejscowość Nr PESEL

Telefon Adres e-mail

Czy sprawca był po spożyciu alkoholu ? (‰) Nie Tak

Sprawca jest członkiem PZŁ Nie Tak
Nr legitymacji Data ważności legitymacji

Czy sprawca przyznaje się do winy? Nie Tak

Czy toczy się postępowanie w sprawie i przed którym sądem? Nie Tak

Zgłaszam roszczenie odszkodowawcze w łącznej wysokości

V. Osoba do kontaktu ze strony poszkodowanego

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy

Miejscowość Telefon Adres e-mail

VI. Załączniki

1. Kserokopia dowodu osobistego poszkodowanego lub osób uprawnionych
2. Kserokopia historii choroby
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza prowadzącego leczenie
4. Zaświadczenie z pogotowia ratunkowego/policji
5. Kserokopia legitymacji członkowskiej PZŁ
6. Faktury za zakup zniszczonych lub utraconych rzeczy
7. Inne

VII. Forma wypłaty odszkodowania

przelewem bankowym na konto uprawnionego

Uprawniony – nazwa i adres

Nazwa banku Numer konta

przekazem pocztowym na adres uprawnionego

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Nr PESEL Nr dowodu tożsamości

VIII. Oświadczenia

- Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji dotyczącej zgłoszonej szkody drogą elektroniczną (na wskazany adres e-mail). Nie Tak

DD – MM – RRRR
Data

Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

IX. Potwierdzenie okoliczności i zaistnienia zdarzenia/wypadku przez koło łowieckie (KŁ), zarząd okręgowy (ZO), Ośrodek Hodowli Zwierzyny (OHZ) lub Zarząd Główny Polskiego Związku Łowieckiego (ZG PZŁ)

Krótki opis zdarzenia ze zwróceniem uwagi na przyczynę i okoliczności zaistniałego zdarzenia wraz z podaniem daty zgłoszenia szkody w KŁ, ZO, OHZ lub ZG PZŁ – według wyboru poszkodowanego

DD – MM – RRRR
Data

Podpis uprawnionego przedstawiciela KŁ/OHZ/ZO PZŁ wraz z pieczęcią imienną lub pieczęcią KŁ/OHZ/ZO PZŁ

X. 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 uprzedniego 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 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.

Formularz zgłoszenia szkody prosimy przesłać:

- **elektronicznie na adres e-mail:**

e-mail: szkodylowieckie@pzu.pl

- **lub pocztą tradycyjną na adres:**

PZU SA
ul. Postępu 18a
02-676 Warszawa