

**ZGŁOSZENIE SZKODY Z ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ Z TYTUŁU  
WYRZĄDZENIA SZKÓD OSOBOM TRZECIM W ZWIĄZKU  
Z PROWADZONĄ DZIAŁALNOŚCIĄ STATUTOWO-GOSPODARCZĄ  
PRZEZ KOŁA ŁOWIECKIE ORAZ OŚRODKI HODOWLI ZWIERZYNY  
POLSKIEGO ZWIĄZKU ŁOWIECKIEGO (PZŁ)  
(Z WYŁĄCZENIEM SZKÓD W PŁODACH I UPRAWACH ROLNYCH)**



Numer polisy:

Okres ubezpieczenia: od 01.10.2024 do 30.09.2025

numer certyfikatu ubezpieczeniowego

### I. Zgłaszający szkodę

Imię Nazwisko Nazwa firmy

Adres zamieszkania Nr domu Nr lokalu

-    
Kod pocztowy Miejscowość Nr PESEL

Telefon Adres e-mail

### II. Poszkodowany

Imię Nazwisko Nazwa firmy

Adres zamieszkania Nr domu Nr lokalu

-    
Kod pocztowy Miejscowość Nr PESEL

Telefon Adres e-mail

Poszkodowany jest członkiem Koła Łowieckiego  Nie  Tak

Nazwa i adres Koła Łowieckiego

### III. Dane dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia   -   -

Zdarzenie miało miejsce

Dokładny opis miejsca zdarzenia

Rodzaj szkody:  szkoda rzeczowa (nazwa rzeczy)

szkoda na osobie (zgon, uszkodzenie ciała)

szkoda na zwierzęciu

inna

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 przed zwiększeniem rozmiarów szkody)

**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%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	
Adres zamieszkania	
<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> – <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość
<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>
Telefon	Adres e-mail
<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/>

<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	
Adres zamieszkania	
<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> – <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość
<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>
Telefon	Adres e-mail
<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40%; height: 15px;" type="text"/>

**Adres zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczył się po wypadku**

**Czy zdarzenie/wypadek zgłoszono policji, prokuratorowi, pogotowiu ratunkowemu lub innym służbom? (nazwa, adres oraz data zgłoszenia)**  Nie  Tak

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

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

#### IV. Sprawca/koło łowieckie, Ośrodek Hodowli Zwierzyny (OHZ)

<input type="text"/>	
Nazwa koła łowieckiego, OHZ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres	Nr domu    Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Adres e-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

#### VI. Załączniki

1. Kserokopia dowodu osobistego poszkodowanego lub osób uprawnionych
2. Kserokopia historii leczenia
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 – imię, nazwisko i adres

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwa banku	Numer konta								

przekazem pocztowym na adres uprawnionego

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko
<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr PESEL	Nr dowodu tożsamości
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## VIII. Oświadczenia

1. Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

2. 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 Zwierzyzny (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 wraz z pieczęcią imienną lub pieczęcią KŁ/OHZ

## 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 konieczność 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 konieczność 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 przepisów o odpowiedzialności – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność 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 konieczność 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 konieczność 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 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.

---

## 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