

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



Numer polisy: 1101963771

Okres ubezpieczenia: od 01.01.2025 do 31.12.2025

**I Zgłaszający szkodę**

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

**II Poszkodowany**

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

Poszkodowany jest członkiem Koła Łowieckiego  Nie  Tak

Nazwa i adres Koła Łowieckiego

**III Dane dotyczące zdarzenia**

Data 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:**  szkoda rzeczowa (nazwa rzeczy)

szkoda na osobie (zgon, uszkodzenie ciała)

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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Nazwa firmy

**Adres zamieszkania:**

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Nazwa firmy

**Adres zamieszkania:**

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

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

**Czy wypadek zgłoszono policji, prokuratorowi, pogotowiu ratunkowemu lub innym służbom? (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

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Imię	Nazwisko		
<b>Adres zamieszkania:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	Miejscowość		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefon kontaktowy	Adres e-mail		
<b>Czy sprawca był po spożyciu alkoholu ?</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>	
<b>Sprawca jest członkiem PZŁ</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
		Nr legitymacji	Data ważności legitymacji
<b>Czy sprawca przyznaje się do winy?</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak		
<b>Czy toczy się postępowanie w sprawie i przed którym sądem?</b>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak		
<input type="text"/>			

**Zgłaszam roszczenie odszkodowawcze w łącznej wysokości**

## V Osoba do kontaktu ze strony poszkodowanego

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Imię	Nazwisko		
<b>Adres zamieszkania:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	Miejscowość	<input type="text"/>	
		Nr PESEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefon kontaktowy	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

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

- przekazem pocztowym na adres uprawnionego

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Imię	Nazwisko		
<b>Adres zamieszkania:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	Miejscowość		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nr PESEL	Nr dowodu tożsamości		

## 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

□□ - □□ - □□□□  
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

□□ - □□ - □□□□  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

## 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 przepisów prawa, w szczególności w zakresie weryfikacji list sankcyjnych,
- 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 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