



Pieczęć wpływu jednostki PZU SA przyjmującej zgłoszenie

Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA przyjmującej zgłoszenie

Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA obsługującej ubezpieczenie

ZGŁOSZENIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

Wypełnia zgłaszający roszczenie¹

I Dane o ubezpieczeniu

Nazwa ubezpieczenia

Umowa nr

II Dane o ubezpieczeniach związanych ze zgłoszonym zdarzeniem

Czy w związku ze zgłaszanym zdarzeniem ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem z tytułu innych ubezpieczeń w PZU SA lub PZU Życie SA, jeżeli tak, proszę podać numer umowy i nazwę jednostki?

TAK NIE

PZU SA Nazwa jednostki _____
Nazwa ubezpieczenia _____ Umowa nr _____

PZU Życie SA Nazwa jednostki _____
Nazwa ubezpieczenia _____ Umowa nr _____

Czy wypadek został już zgłoszony, jeśli tak proszę podać nazwę jednostki PZU SA lub PZU Życie SA? TAK NIE

III Dane dotyczące ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

DD - MM - RRRR
Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres do korespondencji: _____
Kod pocztowy _____ Poczta _____

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kraj: Polska inny: _____
Prosimy wpisać nazwę kraju

Kraj stałego zamieszkania

Telefon kontaktowy

E-mail

IV Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie (prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)

Nazwisko

Imię

PESEL

DD - MM - RRRR
Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Nazwa²

REGON²

Adres do korespondencji: _____
Kod pocztowy _____ Poczta _____

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kraj: Polska inny: _____
Prosimy wpisać nazwę kraju

Kraj stałego zamieszkania

Telefon kontaktowy

E-mail

V Informacje o zdarzeniu

- - :

Data zdarzenia

Godzina

Miejsce zdarzenia

Przedmiot wnioskowania:

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany

- nieszczęśliwym wypadkiem (w życiu codziennym, w pracy, komunikacyjnym, innym...)
 zawałem serca/krwotokiem śródmózgowym

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA/PZU SA

Nr sprawy

Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco):

Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie, podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji lub prokuratury:

Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po zajściu zdarzenia?

Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym ubezpieczony leczył się przed i po zajściu zdarzenia oraz nazwisko, imię i adres lekarza pierwszego kontaktu:

Czy narząd(y) opisywany w punkcie: „Przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia” był(y) uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia?

- TAK data wypadku - -
- NIE

Czy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)?

- TAK NIE

Ubezpieczony jest osobą

- Praworęczną Leworęczną

VI Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia (prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)

- wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia,
- wypełniony i podpisany przez ubezpieczającego formularz „potwierdzenie zgłoszenia roszczenia przez ubezpieczającego” (dot. ubezpieczeń grupowych),
- dokument tożsamości – do wglądu,
- dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu
- dokumentacja z leczenia (np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, książeczka zdrowia, historia choroby z przychodni itp.),
- dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
- pełnomocnictwo do reprezentowania ubezpieczonego (jeśli ubezpieczony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
- inne (proszę wymienić jakie)

PZU Życie SA zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

VII Dyspozycja wypłaty (prosimy o wpisanie sposobu wypłaty świadczenia)

w procencie świadczenia % w kwocie zł

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia³
Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia

przelewem na rachunek bankowy
Numer rachunku bankowego

inne

w procencie świadczenia % w kwocie zł

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia³
Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia

przelewem na rachunek bankowy
Numer rachunku bankowego

inne

Pozostałą część świadczenia:

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia³
Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia

przelewem na rachunek bankowy
Numer rachunku bankowego

inne

VIII Informacja Administratora danych osobowych

(dla występującego z roszczeniem, zgłaszającego zdarzenie ubezpieczeniowe, pełnomocnika osoby występującej z roszczeniem)

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]

Administratorem danych osobowych jest PZU SA albo PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 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 albo PZU Życie SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:

- rozpatrzenia zgłoszenia o wypłatę odszkodowania/świadczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (w przypadku, gdy występuje Pani/Pan z roszczeniem, jest Pani/Pan pełnomocnikiem osoby występującej z roszczeniem lub zgłasza Pani/Pan zdarzenie ubezpieczeniowe),
- wypełniania przez administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
- 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,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań,
- dotatkowo na potrzeby PZU Życie SA wypełniania przez administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Decyzja dotycząca wysokości odszkodowania/świadczenia zostanie podjęta na podstawie danych niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia. Podanie danych osobowych jest konieczne do rozpatrzenia roszczenia. W przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe rozpatrzenie roszczenia o odszkodowanie/świadczenie.

[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.

[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: 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.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia medyczny ekspert domowy.

[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 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 zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

IX Oświadczenie zgłaszającego roszczenie

Oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU SA i/lub 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 lub przyczynę śmierci.
Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU SA i/lub PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU SA i/lub PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia.
Oba upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci.
3. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia, przekazanych przeze mnie PZU SA i/lub PZU Życie SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU SA i/lub PZU Życie SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.**
Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.
4. Zostałem poinformowany, iż:
 - 1) ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, który zgłosił roszczenie, przysługuje prawo złożenia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, tj. prawo skierowania wystąpienia do PZU SA i/lub PZU Życie SA, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez PZU SA i/lub PZU Życie SA;
 - 2) reklamację składa się w każdej jednostce PZU SA i/lub PZU Życie SA obsługującej Klienta;
 - 3) reklamacja może być złożona w formie:
 - a) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe,
 - b) ustnej – telefonicznie (nr infolinii 801-102-102) albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby, o której mowa w pkt 1, w jednostce, o której mowa w pkt 2,
 - c) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl;
 - 4) PZU SA i/lub PZU Życie SA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem pkt 5;
 - 5) w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w pkt 4, PZU SA i/lub PZU Życie SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:
 - a) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - b) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - c) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji;
 - 6) odpowiedź PZU SA i/lub PZU Życie SA na reklamację zostanie dostarczona osobie, która ją złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych lub pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU SA i/lub PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o szkodę/świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia. Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.

Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/odpowiedziałam zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

5. Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na wzajemne udostępnienie przez PZU SA i/lub PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej na potrzeby obsługi zgłoszonego roszczenia w PZU SA i/lub PZU Życie SA.
6. Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

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.

- -
Data Miejscowość Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

X Potwierdzenie własnoręczności podpisu zgłaszającego roszczenie Wypełnia PZU Życie SA/Wypełnia ubezpieczający zakład pracy

Rodzaj dokumentu tożsamości: **DO** – dowód osobisty **PA** – paszport **KP** – karta pobytu **PJ** – prawo jazdy (emisja od 01.07.1999 r.)

Rodzaj dokumentu Seria i numer Wydany dnia - -

Wydany przez

NIK NEPU osoby przyjmującej dyspozycję

Pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej przez PZU Życie SA/osoby upoważnionej przez ubezpieczający zakład pracy

¹ zgłaszającym roszczenie może być: ubezpieczony, pełnomocnik ubezpieczonego, przedstawiciel ustawowy ubezpieczonego, cesjonariusz, prawny spadkobierca ubezpieczonego.

² prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

³ PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy. W tym przypadku PZU Życie SA zwraca wnioskującemu kwotę wpłaconą na poczet składki w pełnej wysokości, zadeklarowana wysokość kwoty na poczet składki nie może być niższa od wysokości minimalnej, określonej przez PZU Życie SA.