



\_\_\_\_\_  
Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA przyjmującej zgłoszenie

\_\_\_\_\_  
Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA obsługującej ubezpieczenie

## ZGŁOSZENIE URODZENIA DZIECKA

Wypełnia zgłaszający roszczenie

### I Dane o ubezpieczeniu

\_\_\_\_\_  
Nazwa ubezpieczenia

\_\_\_\_\_  
Umowa nr

### II 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

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

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
PESEL

DD - MM - RRRR  
Data urodzenia

\_\_\_\_\_  
Miejsce urodzenia

\_\_\_\_\_  
Nazwa<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
REGON<sup>1</sup>

**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 dziecka

1. \_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

DD - MM - RRRR  
Data urodzenia

\_\_\_\_\_  
Miejsce urodzenia

2. \_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

DD - MM - RRRR  
Data urodzenia

\_\_\_\_\_  
Miejsce urodzenia

Wypełnia PZU Życie SA  
Nr sprawy

### V Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia

(prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczane za zgodność z oryginałem)

- wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia
- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka (w przypadku zgłoszenia martwo urodzonego dziecka – akt urodzenia z adnotacją)
- pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie)
- dokument tożsamości – do wglądu
- inne \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup> Prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

## VI Dyspozycja wypłaty (prosimy o wpisanie sposobu wypłaty świadczenia)

w procencie świadczenia % w kwocie  zł

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia?

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 ubezpieczenia?

Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia

przelewem na rachunek bankowy

Numer rachunku bankowego

inne

Pozostałą część świadczenia:

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia?

Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia

przelewem na rachunek bankowy

Numer rachunku bankowego

inne

## VII 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 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 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 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,
- 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,
- podjęcia 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.

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 medycznego 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.

<sup>2</sup>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.

## VIII 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. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia danych osobowych dotyczących stanu zdrowia, przekazanych przeze mnie PZU Życie SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU Życie SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.**  
Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.
3. 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 Życie SA, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez PZU Życie SA;
  - 2) reklamację składa się w każdej jednostce 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 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 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 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.
4.  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.

Niniejsze oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

## IX 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

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