
Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA przyjmującej zgłoszenie

Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA obsługującej ubezpieczenie



ZGŁOSZENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

Wypełnia zgłaszający roszczenie

I Dane o ubezpieczeniu

Nazwa ubezpieczenia

Umowa nr

Nr rachunku (dotyczy ubezpieczeń z funduszem)

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

Nazwa¹

REGON¹

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 Przedmiot wnioskowania

- pobyt w szpitalu
- operacja chirurgiczna
- uszkodzenie ciała (np. złamanie kości, inwalidztwo)
- inne zdarzenie (np. choroba) _____
- zawał serca lub krwotok śródmózgowy
- niezdolność do pracy
- utrata zdrowia przez dziecko
- Imię dziecka _____ Nazwisko dziecka _____

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA			
Kod warunków	Ubezpieczenie podstawowe	Ubezpieczenie dodatkowe	Nr sprawy

V Informacje o zdarzeniu

Przyczyna zdarzenia:

Wypadek komunikacyjny lotniczy w wyniku uprawiania sportów w pracy inny

- - : Miejsce wypadku

Poszkodowany jest osobą praworęczną leworęczną

choroba (prosimy wpisać jaka)

inna przyczyna (prosimy wpisać przyczynę zdarzenia)

Jeżeli zgłoszone zdarzenie (np. pobyt w szpitalu, operacja, złamanie kości, niezdolność do pracy) zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o opisanie dokładnie i wyczerpująco okoliczności wypadku. Jeżeli przyczyną zgłaszanego zdarzenia była choroba prosimy o opis przebiegu choroby.

Okoliczności wypadku lub opis przebiegu choroby (jeśli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie prosimy także podać nazwę i adres policji lub prokuratury):

Przebieg choroby (krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia):

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej podczas zdarzenia? (prosimy wpisać w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem):

Placówki służby zdrowia, które sprawowały opiekę medyczną po wypadku lub podczas leczenia choroby (prosimy podać nazwę, adres, nazwisko lekarza):

Pobyt na przepustkach (jeżeli ubezpieczony podczas pobytu w szpitalu korzystał z przepustek prosimy wpisać okresy wszystkich przepustek):

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

1. wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia,
2. karta informacyjna leczenia szpitalnego lub dokument potwierdzający pobyt w szpitalu,
3. karta informacyjna z placówki medycznej,
4. dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby/pobyt w szpitalu/poważne uszkodzenie ciała/trwałe inwalidztwo/złamanie kości/przeprowadzenie operacji chirurgicznej – w zależności od zdarzenia,
5. dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
6. dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy w dniu zdarzenia,
7. karta wypisowa z oddziału intensywnej terapii – w przypadku pobytu na oddziale intensywnej terapii,
8. orzeczenie lekarskie podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności do pracy – dotyczy zgłoszenia niezdolności do pracy,
9. zwolnienie lekarskie albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieraniu zasiłku chorobowym,
10. pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
11. dokument tożsamości – do wglądu,
12. inne

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 ubezpieczenia²

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 ubezpieczenia²

Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia

przelewem na rachunek bankowy

Numer rachunku bankowego

inne

Pozostałą część świadczenia:

na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia²

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 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 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.

²PZU 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.

IX Oświadczenie zgłaszającego roszczenie

Oświadczam, że:

- Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
- Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania 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 Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia.
Oba upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich 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.
- Zostałem poinformowany, iż:
 - 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;
 - reklamację składa się w każdej jednostce PZU Życie SA obsługującej klienta;
 - reklamacja może być złożona w formie:
 - pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe,
 - 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,
 - elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl;
 - 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;
 - 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:
 - wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji;
 - 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.
- 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.

- -
Data Miejsowość 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

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