

Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA przyjmującej zgłoszenie

Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA obsługującej ubezpieczenie



ZGŁOSZENIE ZGONU

Wypełnia zgłaszający roszczenie

I Dane o ubezpieczeniu

<input type="text"/>	
Nazwa ubezpieczenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Umowa nr	Nr rachunku (dotyczy ubezpieczeń z funduszem)

II Dane dotyczące ubezpieczonego

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nazwisko		Imię	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
Adres do korespondencji: <input type="text"/> - <input type="text"/>			
Kod pocztowy		Pocztą	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Miejscowość
Kraj: <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny: <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Prosimy wpisać nazwę kraju		Kraj stałego zamieszkania	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefon kontaktowy	E-mail		

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

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nazwisko		Imię	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nazwa ¹	REGON ¹		<input type="text"/>
Adres do korespondencji: <input type="text"/> - <input type="text"/>			
Kod pocztowy		Pocztą	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Miejscowość
Kraj: <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny: <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Prosimy wpisać nazwę kraju		Kraj stałego zamieszkania	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefon kontaktowy	E-mail		

IV Przedmiot wniosku (zaznacz właściwe)

- śmierć ubezpieczonego osierocenie dziecka śmierć rodzica uposażonego
 śmierć rodzica małżonka śmierć małżonka śmierć dziecka
 śmierć uposażonego dziecka inne

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

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA	
Rodzaj	Nr sprawy
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

V Informacje o zdarzeniu

□□ - □□ - □□□□

Data zgonu

Miejsce zgonu (np. nazwa szpitala)

Przyczyna zgonu:

Wypadek komunikacyjny lotniczy w wyniku uprawiania sportów w pracy inny

□□ - □□ - □□□□

Data wypadku

□□ : □□

Godzina wypadku

Miejsce wypadku

choroba (prosimy wpisać jaka)

inna przyczyna (prosimy wpisać przyczynę zdarzenia)

Jeżeli zgon został spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o opisanie dokładnie i wyczerpująco okoliczności wypadku. Jeżeli przyczyną zgonu 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):

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

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

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. odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego/współubezpieczonego/uposażonego dziecka – w zależności od zdarzenia,
3. karta zgonu,
4. dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci,
5. odpis skrócony aktu małżeństwa – dotyczy zgonu współubezpieczonego,
6. dokumenty potwierdzające stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym albo współubezpieczonym (akt urodzenia, akt zgonu, akt małżeństwa),
7. pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
8. dokument tożsamości – do wglądu,
9. inne

W przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem dodatkowo:

1. dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu,
2. dokument warunkujący dopuszczenie pojazdu do ruchu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu,
3. wynik badania na obecność alkoholu,
4. dokumenty potwierdzające okoliczności zdarzenia (z prokuratury, policji, sądu).

W przypadku śmierci spowodowanej wypadkiem przy pracy dodatkowo:

1. dokumentacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzająca zaistnienie wypadku przy pracy.

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:

1. Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. 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.
3. 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

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