

# ZGŁOSZENIE SZKODY



## UBEZPIECZENIE ZAKUPU

## UBEZPIECZENIE GWARANCJI NAJNIŻSZEJ CENY

### INSTRUKCJA

- Wniosek dotyczy tylko jednego zdarzenia, którego skutkiem były szkody objęte programem ubezpieczenia zakupu lub gwarancji najniższej ceny.
- Do wniosku powinny być załączone następujące dokumenty:
  - kopia miesięcznego wyciągu z rachunku lub zestawienia transakcji dokonanych Kartą z zaznaczeniem transakcji, które dotyczą zakupionych produktów,
  - potwierdzenie dokonania transakcji zakupu produktu Kartą lub BLIK,
  - kopia dowodu zakupu produktu,
  - kopia dokumentów potwierdzających zawarcie innego ubezpieczenia (jeżeli dotyczy).Dodatkowo w przypadku **gwarancji najniższej ceny**: drukowane ogłoszenie najniższej ceny  
**utruty lub zniszczenia towaru**: 1. rachunek zakładu naprawczego 2. zdjęcie uszkodzonego produktu, 3. potwierdzenie zgłoszenia zdarzenia na policję (dotyczy kradzieży)
- Wypełniony i podpisany wniosek wraz z dokumentami powinien zostać dostarczony lub wysłany pocztą najpóźniej w ciągu 30 dni licząc od dnia zaistnienia lub ujawnienia się zdarzenia.

### I Dane Ubezpieczonego (Posiadacza karty / Użytkownika karty)

<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Imię i Nazwisko			Nazwisko rodowe matki		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data urodzenia	PESEL	Nr telefonu/fax	E-mail		
<b>Adres zameldowania:</b>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Kod pocztowy	Pocztą	Miejscowość			
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica			Nr domu	Nr lokalu	

### II Informacje ogólne

- Czy produkt został zakupiony w całości przy użyciu Karty?  TAK  NIE  
(Jeśli NIE proszę podać szczegóły: forma płatności, kwota)
- Data zakupu:   -   -      
Data utraty/uszkodzenia lub znalezienia oferty niższej ceny:
- Opis produktu (rodzaj ilość)   
Czy produkt został zakupiony w celach handlowych?  TAK  NIE

### III Gwarancja najniższej ceny (prosimy wypełnić Dane Klienta, Informacje Ogólne oraz Sekcją I)

#### Sekcja I

Nazwa karty	Numer karty	Karta ważna do mm/rrrr	Cena zakupu (w zł)	Cena z ogłoszenia (w zł)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### IV Utrata lub uszkodzenie produktu (prosimy wypełnić Dane Klienta, Informacje Ogólne oraz Sekcją II)

#### Sekcja II

Nazwa karty	Numer karty	Karta ważna do mm/rrrr	Utrata/całkowite zniszczenie produktu	Cena zakupu (w zł)	Uszkodzenie produktu	Łączny koszt naprawy (w zł)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- Szczegółowy opis zdarzenia (miejsce, okoliczności, rodzaj uszkodzenia)

5. Czy utrata dotyczy przedmiotu pozostawionego:  
w samochodzie, innym pojeździe lub środku komunikacji?  TAK  NIE  
bez zabezpieczenia w miejscu publicznym?  TAK  NIE  
Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły w pkt 4
6. Czy zdarzenie jest wynikiem działania osób, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność?  TAK  NIE
7. Czy kradzież zgłoszono na policję – kiedy? (jeśli dotyczy) Data  DD –  MM –  RR  RR  RR  TAK  NIE
8. Czy utrata/uszkodzenie nastąpiło w czasie transportu dokonywanego przez Sprzedawcę?  TAK  NIE
9. Czy naprawę produktu przeprowadzono w ramach gwarancji lub rękami producenta? (jeśli dotyczy)  TAK  NIE
10. Czy Pan/Pani posiada inne ubezpieczenie pokrywające doznaną szkodę majątkową?  TAK  NIE
- Jeżeli tak, to jakie? (nazwa zakładu ubezpiecz., nr polisy)
11. Nr rachunku Ubezpieczonego do wypłaty odszkodowania

## V 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 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, 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 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,
- 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.

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 komunikacyjnego albo turystycznego.

### [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.

### [Źródło pochodzenia danych]

Jeżeli jest Pani/Pan świadkiem lub sprawcą zdarzenia ubezpieczeniowego, Pani/Pana dane zostały przekazane administratorowi przez osobę występującą z roszczeniem.

## VI Oświadczenie

Oświadczam, iż wszystkie informacje podane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Ponadto upoważniam Bank Millennium S.A. do udzielenia PZU SA, jako ubezpieczycielowi, wszelkich informacji dotyczących wymienionej w niniejszym wniosku karty, niezbędnych dla ustalenia mojego prawa do żądania wnioskiem odszkodowania.

Miejscowość i data

Podpis Ubezpieczonego

### Proszę wysłać na adres:

Powszechny Zakład Ubezpieczeń SA  
Centrum Obsługi Szkód Komunikacyjnych i Majątkowych PZU SA  
ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa  
Zgłoszenie za pośrednictwem Infolinii **801 102 102**