



ZGŁOSZENIE SZKODY

- Ubezpieczenie nieuprawnionego użycia karty dla posiadaczy kart płatniczych
 Ubezpieczenie gotówki od rabunku

INSTRUKCJA

1. Wniosek dotyczy tylko jednego zdarzenia, którego skutkiem były szkody objęte programem ubezpieczenia.
2. Do wniosku powinny być załączone następujące dokumenty:
 - miesięczny wyciąg lub zbiorcze zestawienia transakcji z rachunku,
 - potwierdzenie dokonania transakcji, dotyczy rabunku gotówki,
 - poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia wydane przez Policję,
 - kopie dokumentów potwierdzających poniesione koszty zakupu portfela/portmonetki oraz koszt wydania nowych dokumentów osobistych, jeżeli dotyczy,
 - kopia dokumentów potwierdzających zawarcie innego ubezpieczenia (jeżeli dotyczy).
3. Wypełniony i podpisany wniosek wraz z dokumentami powinien zostać dostarczony do PZU S.A. najpóźniej w ciągu 30 dni licząc od dnia zajścia zdarzenia na wskazany adres lub drogą elektroniczną.
4. Niezgodności w zestawieniu operacji na rachunku należy zgłosić do Banku Millennium S.A. w terminie 14 dni od ujawnienia się zdarzenia, chyba że umowa o kartę płatniczą przewiduje inaczej.

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 | E-mail | | |
| Adres zamieszkania: | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Kod pocztowy | Poczta | Miejscowość | | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Ulica | | | Nr domu | Nr lokalu | |
| Adres do korespondencji: | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Kod pocztowy | Poczta | Miejscowość | | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Ulica | | | Nr domu | Nr lokalu | |

II Informacje dotyczące szkody (prosimy wypełnić odpowiednie pola)

| Nazwa karty | Numer karty | Karta ważna do mm/rrrr | Rabunek gotówki wypłaconej z bankomatu | Wartość zrabowanej gotówki w zł | Nieuprawnione użycie karty | Wartość nieuprawnionych transakcji w zł |
|-------------|-------------|------------------------|--|---------------------------------|----------------------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

1. Łączna kwota udokumentowanych kosztów zakupu portfela/portmonetki oraz koszt wydania nowych dokumentów osobistych:
2. Data i godzina zdarzenia (stwierdzenie braku karty lub rabunku gotówki):
3. Miejsce zdarzenia (adres lub inne określenie miejsca, kraj):
4. Data i godzina wypłaty gotówki z bankomatu (wypełnić w przypadku rabunku gotówki):
5. Czy numer PIN był w jakikolwiek sposób zapisany na karcie? TAK NIE
6. Czy kradzież lub utrata dotyczy karty pozostawionej bez zabezpieczenia w ogólnie dostępnym miejscu publicznym? TAK NIE
Jeśli tak, prosimy podać szczegóły w pkt 2 lub 9 (wypełnić w przypadku nieuprawnionego użycia):
7. Czy zdarzenie jest wynikiem działania osób, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność? TAK NIE
8. Czy fakt stwierdzenia utraty karty został zgłoszony do Banku w celu jej zastrzeżenia – kiedy? TAK Data/Godzina NIE
9. Czy zdarzenie zgłoszono Policji – kiedy? TAK Data/Godzina NIE
10. Szczegółowy i chronologiczny przebieg zdarzenia

11. „Niniejszym informuję, że rabunek gotówki/straty finansowe* wynikające z nieuprawnionego użycia karty jest/nie jest* ubezpieczony w innym zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia odpowiedzi "tak", na podstawie przepisu art. 824 § 2 Kodeksu cywilnego, prosimy o podanie następujących informacji:

| | |
|---|---|
| Nazwa i adres zakładu, w którym zawarto ubezpieczenie | |
| Nazwa ubezpieczenia | Numer dokumentu ubezpieczenia (polisy) |
| Przedmiot ubezpieczenia | Rodzaj ryzyk (zdarzeń losowych) objętych ubezpieczeniem |
| Okres ochrony ubezpieczeniowej od | do |
| Suma ubezpieczenia: | |

* Niepotrzebne skreślić.

12. Nr rachunku Ubezpieczonego do wypłaty odszkodowania

III Informacja Administratora danych osobowych

(dla występującego z roszczeniem, zgłaszającego zdarzenie ubezpieczeniowe, pełnomocnika osoby występującej z roszczeniem, sprawcy zdarzenia ubezpieczeniowego, świadka zdarzenia ubezpieczeniowego)

| | |
|--|---|
| <p>Informacja Administratora danych osobowych dla występującego z zawiadomieniem/roszczeniem</p> | <p>Informacja Administratora danych osobowych dla osób, których dane zostały przekazane przez osobę występującą z zawiadomieniem/roszczeniem (sprawca zdarzenia ubezpieczeniowego, świadek zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczający lub ubezpieczony niebędący zgłaszającym).</p> |
| <p align="center">[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]</p> <p>Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 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, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.</p> | |
| <p>[Obowiązek podania danych]</p> <p>Decyzja dotycząca wysokości odszkodowania zostanie podjęta na podstawie danych niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia. W przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe rozpatrzenie roszczenia o odszkodowanie.</p> | <p>[Zakres i źródło danych]</p> <p>Administrator otrzymał Pani/Pana dane od osoby występującej z zawiadomieniem/roszczeniem w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym. Pani/Pana dane zostały przekazane administratorowi w zakresie: danych identyfikacyjnych, danych adresowych, danych określających rolę w zdarzeniu.</p> |
| <p align="center">[Przetwarzanie danych]</p> <p>Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:</p> <ul style="list-style-type: none"> rozpatrzenia zgłoszenia o wypłatę odszkodowania lub świadczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do wykonywania umowy ubezpieczenia lub do ustalenia roszczeń z umowy ubezpieczenia, a w odniesieniu do danych dotyczących stanu zdrowia – obowiązek wynikający z przepisów prawa lub ustalenie, dochodzenie, obrona roszczeń w odniesieniu do danych osoby poszkodowanej przez ubezpieczonego (w przypadku, gdy występuje Pani/Pan z roszczeniem, jest Pani/Pan pełnomocnikiem osoby występującej bądź jest Pani/Pan sprawcą zdarzenia ubezpieczeniowego), wypełnienia przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia oraz obowiązku przechowywania dokumentacji z postępowania obsługowego dla celów dowodowych – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność 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 konieczność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia, wypełnienia przez administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności w zakresie weryfikacji list sankcyjnych – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z odpowiednich przepisów, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA, tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia albo w przypadku uprzedniego wniesienia sprzeciwu, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe, dane kontaktowe pozyskane w przeszłości oraz dane dotyczące posiadanych produktów, podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań. <p>Decyzje dotyczące przyznania albo odmowy odszkodowania lub świadczenia mogą być podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do wypłaty odszkodowania lub świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej przyznania albo odmowy odszkodowania lub świadczenia, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.</p> | |
| <p align="center">[Okres przechowywania danych]</p> <p>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, a także do momentu wygaśnięcia uprawnienia do przetwarzania danych w celach ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości.</p> | |
| <p align="center">[Przekazywanie danych]</p> <p>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.</p> <p>Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, w tym m.in. 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.</p> <p>W zależności od rodzaju ubezpieczenia, Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane podmiotom znajdującym się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Więcej informacji o przekazaniu danych osobowych, w tym o państwach, do których dane mogą być przekazywane, można uzyskać kontaktując się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.</p> | |

[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 z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją.

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.

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. W Polsce takim organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Jeżeli jest Pani/Pan pełnomocnikiem osoby, której dane przetwarza PZU Życie SA lub PZU SA, uprzejmie prosimy o przekazanie niniejszej Informacji Administratora danych osobowych także tej osobie, która udzieliła Pani/Panu pełnomocnictwa.

IV Oświadczenie

Oświadczam, iż wszystkie informacje podane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. Ponadto upoważniam Bank Millennium S.A. do udzielenia PZU S.A., jako ubezpieczycielowi, wszelkich informacji dotyczących wymienionej w niniejszym wniosku karty, niezbędnych dla ustalenia mojego prawa do żądanego 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**