



ZGŁOSZENIE SZKODY

- Ubezpieczenie nieuprawnionego użycia karty dla posiadaczy kart płatniczych
- Ubezpieczenie gotówki od rabunku (pobranej z bankomatu lub terminala POS)

INSTRUKCJA

- Wniosek dotyczy tylko jednego zdarzenia, którego skutkiem były szkody objęte programem ubezpieczenia.
- 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 wymienione rzeczy są objęte ubezpieczeniem nieuprawnionego użycia karty lub ubezpieczeniem gotówki pobranej z bankomatu lub terminala POS),
 - kopia dokumentów potwierdzających zawarcie innego ubezpieczenia (jeżeli dotyczy).
- 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.
- 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	Pocztą	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	Pocztą	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"/>	

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

[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,
- 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 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.

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.

Miejsowość 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**

801 102 102 pzu.pl

Opłata zgodna z taryfą operatora

