



Grupa ubezpieczenia  Nr szkody

Data wpływu do PZU SA

Nr polisy

## UBEZPIECZENIE „PEWNA SPŁATA”

### FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Sekcje od I do VII wypełnia uposażony lub uprawniony

#### I Dane dotyczące zmarłego ubezpieczonego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	Pierwsze imię	Drugie imię
<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"/>
Data urodzenia	PESEL	Obywatelstwo
<b>Adres zameldowania:</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Numer domu	Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Kraj

#### II Dane dotyczące uposażonego lub uprawnionego<sup>1</sup>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	Pierwsze imię	Drugie imię
<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"/>
Data urodzenia	PESEL	Obywatelstwo
<b>Adres do korespondencji:</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Numer domu	Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Kraj
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon kontaktowy	E-mail	

#### III Informacje o zdarzeniu ubezpieczeniowym (nieszczęśliwym wypadku)

Data zdarzenia  Godz.  Miejsce

1. Przyczyny i przebieg zdarzenia, które spowodowało śmiertelny wypadek (prosimy o podanie dokładnej i wyczerpującej informacji)

2. Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie, prosimy o podanie nazwy i adresu jednostki policji, prokuratury lub sądu, prowadzącej postępowanie oraz sygnaturę postępowania

3. Świadcowie zdarzenia – imię i nazwisko, dane do kontaktu (np. adres, numer telefonu, adres e-mail)

#### IV Dyspozycja wypłaty świadczenia

Proszę o wypłatę należnego świadczenia:

przelewem na rachunek bankowy nr

<sup>1</sup> Należy wypełnić w przypadku, gdy uprawnionym nie jest Bank Millennium S.A.  
Dotyczy wyłącznie osób fizycznych

## V Załączniki

- odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego
- karta statystyczna zgonu lub inna dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę zgonu
- dokumentacja z policji, prokuratury lub sądu dotycząca zdarzenia, które spowodowało śmiertelny wypadek (jeżeli osoba zgłaszająca takimi dokumentami dysponuje)
- dokument potwierdzający tożsamość uposażonego lub uprawnionego
- dokumenty potwierdzające fakt małżeństwa lub pokrewieństwa z ubezpieczonym (jeżeli uposażony nie został wskazany przez ubezpieczonego)
- inne (prosimy wymienić jakie)

## VI 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 konieczność 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 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 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 konieczność 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.

## VII Oświadczenie

Oświadczam, iż wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

DD - MM - RRRR

Data

Miejscowość

Pieczęć ubezpieczającego

## VIII Wypełnia Bank Millennium S.A.<sup>2</sup>

Potwierdzam, że w dniu  (dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego) Pani\*/Pan\*

była\*/był\* objęta\*/objęty\* ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia „PEWNA SPŁATA” dla posiadaczy kart kredytowych wydawanych przez Bank Millennium S.A. z dnia 29 października 2004 r.

Kwota całkowitego zadłużenia ubezpieczonego na rachunku karty kredytowej na dzień, w którym nastąpił nieszczęśliwy wypadek, powiększona o ewentualne obciążenia wynikające z operacji oraz opłat i prowizji za te operacje dokonane przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku a zaksięgowane po dniu zajścia

nieszczęśliwego wypadku  zł\*\*

DD - MM - RRRR

Data

Miejscowość

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczęć i podpis osoby upoważnionej przez ubezpieczającego

<sup>2</sup> Uprawniony lub uposażony przesyła do PZU SA formularz nie wypełniony przez Bank Millennium S.A.

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* PZU SA odpowiada tylko za odsetki naliczone do początku dnia, w którym ubezpieczony zmarł