



Grupa ubezpieczenia Nr szkody

Data wpływu do PZU SA Nr polisy

UBEZPIECZENIE „PEWNA SPŁATA” FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA z tytułu utraty pracy

Ubezpieczony wypełnia sekcję I i III, oraz składa oświadczenie w sekcji V

I Dane dotyczące ubezpieczonego

Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Data urodzenia PESEL Obywatelstwo

Numer i seria dowodu osobistego / paszportu Data przystąpienia do umowy ubezpieczenia Data utraty pracy
Numer karty kredytowej

II Wypełnia Bank Millennium S.A.¹

Numer rachunku do wypłaty miesięcznego świadczenia

Wysokość kwoty, której dotyczy roszczenie o wypłatę świadczenia (minimalna kwota spłaty kredytu obliczona według salda zadłużenia na rachunku karty kredytowej na koniec dnia utraty pracy, powiększonego o ewentualne obciążenia wynikające z operacji oraz opłat i prowizji za te operacje dokonane przed dniem utraty pracy a zaksięgowane po dniu utraty pracy) */** PLN

Wysokość minimalnej spłaty kwoty kredytu do 5% do 10%

III Załączniki

- zaświadczenie o okresie zarejestrowania jako osoby bezrobotnej z prawem do otrzymania zasiłku dla bezrobotnych, wydane przez właściwy urząd pracy
- wypowiedzenie umowy o pracę wraz z uzasadnieniem
- oświadczenie ubezpieczonego o rozwiązaniu umowy o pracę bez wypowiedzenia, z podaniem przyczyny uzasadniającej rozwiązanie umowy
- oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu umowy o pracę bez wypowiedzenia, z podaniem przyczyny uzasadniającej rozwiązanie umowy
- świadectwo pracy od ostatniego pracodawcy
- oświadczenie kontrahenta o wypowiedzeniu kontraktu, wraz z uzasadnieniem
- umowa o pracę lub kontrakt
- zaświadczenie o wyrejestrowaniu z ewidencji działalności gospodarczej
- dokumenty potwierdzające zaprzestanie wykonywania działalności gospodarczej z przyczyn ekonomiczno-prawnych
- inne (prosimy wymienić jakie)

IV 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 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.

¹ Ubezpieczony przesyła do PZU SA formularz nie wypełniony przez Bank Millennium S.A.

W przypadku zaistnienia sytuacji, w której operacje dokonane przed dniem utraty pracy nie zostały dotychczas zaksięgowane, ubezpieczony powinien zgłosić ten fakt w Banku. Pracownik Banku, po zweryfikowaniu tej informacji, powinien poinformować osoby zajmujące się likwidacją szkody w PZU SA, o jaką kwotę należy powiększyć wysokość miesięcznego świadczenia, w przypadku gdy operacje te zostały zaksięgowane po dniu potwierdzenia przez Bank salda zadłużenia z dnia utraty pracy.

** PZU SA odpowiada tylko za odsetki naliczone do końca dnia, w którym nastąpiła utrata pracy.

[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.

V Oświadczenia

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Podpis ubezpieczonego
Potwierdzam, że w dniu <input type="text"/>	(dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego)	Pani*/Pan* <input type="text"/>

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Miejscowość	Pieczęć i podpis pracownika Banku

* Niepotrzebne skreślić