



\_\_\_\_\_  
Pieczęć wpływu jednostki przyjmującej zgłoszenie

\_\_\_\_\_  
Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA  
obsługującej ubezpieczenie

## ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

### I Dane o ubezpieczeniu

\_\_\_\_\_  
Nazwa ubezpieczenia

\_\_\_\_\_  
Nr dokumentu (np. nr karty kredytowej, deklaracji, indywidualnego potwierdzenia kredytu, pożyczki, wniosko-  
-polisy, nr Klienta w Banku)

\_\_\_\_\_  
Nr rachunku udziałów (dotyczy ubezpieczeń z funduszem)

### II Dane dotyczące ubezpieczonego

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Pesel

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Data urodzenia

\_\_\_\_\_  
Miejsce urodzenia

**Adres korespondencyjny:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Kod pocztowy Poczta

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Nr domu

\_\_\_\_\_  
Nr lokalu

\_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_  
E-mail

Kraj  Polska  inny: \_\_\_\_\_  
Prosimy wpisać nazwę kraju

Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_

### III Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie (prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Pesel

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Data urodzenia

\_\_\_\_\_  
Miejsce urodzenia

\_\_\_\_\_  
Nazwa<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
REGON<sup>1</sup>

**Adres korespondencyjny:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Kod pocztowy Poczta

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Nr domu

\_\_\_\_\_  
Nr lokalu

\_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_  
E-mail

Kraj  Polska  inny: \_\_\_\_\_  
Prosimy wpisać nazwę kraju

Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_

### IV Przedmiot wnioskowania i informacje o zdarzeniu

zgon  choroba  niezdolność do pracy  trwale inwalidztwo  inny: \_\_\_\_\_  
Wpisać rodzaj zdarzenia

**Przyczyna zdarzenia:**

wypadek \_\_\_\_\_  
Prosimy wpisać jaki, np.: komunikacyjny, lotniczy, w pracy

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Data wypadku

\_\_\_\_ : \_\_\_\_  
Godzina wypadku

\_\_\_\_\_  
Miejsce wypadku

choroba \_\_\_\_\_  
Prosimy wpisać jaka

inna przyczyna \_\_\_\_\_  
Prosimy podać przyczynę zdarzenia

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Data zdarzenia

\_\_\_\_\_  
Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie, należy podać nazwę i adres policji lub prokuratury

\_\_\_\_\_  
Płacówki służby zdrowia, które sprawowały opiekę (nazwa, adres), lekarz pierwszego kontaktu (nazwisko, imię, adres)

## V Dyspozycja wypłaty

Prosimy wypełnić, jeśli ubezpieczenie przewiduje wypłatę świadczenia na rzecz ubezpieczonego lub uprawnionego.

na rachunek bankowy nr:

inne:

## VI Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia

- 1) wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 2)  pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
- 3) dokument tożsamości – do wglądu.

W przypadku **śmierci** dodatkowo:

- 1) **odpis skrócony aktu** zgonu ubezpieczonego
- 2)  karta zgonu
- 3) dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci

W przypadku **choroby, niezdolności do pracy, uszkodzenia ciała** dodatkowo:

- 1)  karta informacyjna z placówki medycznej
- 2)  dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby/niezdolności do pracy/uszkodzenia ciała – w zależności od zdarzenia
- 3)  dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- 4)  dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy w dniu zdarzenia
- 5)  orzeczenie lekarskie podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności do pracy – dotyczy zgłoszenia niezdolności do pracy
- 6)  zwolnienie lekarskie albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieraniem zasiłku chorobowym

Jeśli zdarzenie zostało spowodowane **nieszczęśliwym wypadkiem** dodatkowo:

- 1)  dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- 2)  dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy w dniu zdarzenia
- 3)  dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu
- 4)  dokument warunkujący dopuszczenie pojazdu do ruchu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu
- 5)  wynik badania na obecność alkoholu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu
- 6)  dokumenty potwierdzające okoliczności zdarzenia (z prokuratury, policji, sądu)

inne:

PZU Życie SA zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

## VII Informacja Administratora danych osobowych

**Informacja Administratora danych osobowych** dla występującego z roszczeniem, zgłaszającego zdarzenie ubezpieczeniowe, pełnomocnika osoby występującej z roszczeniem

### [Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]

Administratorem danych osobowych jest PZU Życie 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 Życie 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 lub zgłasza Pani/Pan zdarzenie ubezpieczeniowe),
- wypełniania przez administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
- wypełniania przez administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami,
- 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 medyczny ekspert domowy.

### [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.

## VIII Oświadczenie zgłaszającego roszczenie

Oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia, w tym dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia i rokowań, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia.

Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Oba upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia, przekazanych przeze mnie PZU Życie SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU Życie SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.**

Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

3. Zostałem poinformowany, iż:

- 1) ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, który zgłosił roszczenie, przysługuje prawo złożenia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, tj. prawo skierowania wystąpienia do PZU Życie SA, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez PZU Życie SA;

- 2) reklamację składa się w każdej jednostce PZU Życie SA obsługującej klienta;
- 3) reklamacja może być złożona w formie:
  - a) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe,
  - b) ustnej – telefonicznie (nr infolinii 801-102-102) albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby, o której mowa w pkt 1, w jednostce, o której mowa w pkt 2,
  - c) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl;
- 4) PZU Życie SA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem pkt 5;
- 5) w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w pkt 4, PZU Życie SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:
  - a) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
  - b) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
  - c) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji;
- 6) odpowiedź PZU Życie SA na reklamację zostanie dostarczona osobie, która ją złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych lub pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.

Wyrażam zgodę na kontakt pracowników PZU Życie SA, w celu wyjaśnienia przyczyn i okoliczności powstania zdarzenia ubezpieczeniowego, niezbędnych do realizacji zobowiązań związanych z rozpatrzeniem roszczeń o wypłatę świadczeń.

Niniejsze oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

-  -   
Data

Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

## IX Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia przez Bank/PZU Życie SA<sup>2</sup>

Rodzaj dokumentu tożsamości zgłaszającego roszczenie

DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu, PJ – prawo jazdy (emisji od 01.07.1999 r.)

-  -   
Seria i numer      Wydany dnia

Wydany przez

Pieczęćka imienna i podpis osoby upoważnionej przez Bank/Agenta/PZU Życie SA

<sup>1</sup> Prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

<sup>2</sup> Wypełnia PZU Życie SA lub Bank, w zależności od tego, gdzie zostało złożone zgłoszenie.