

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 Zgłaszającego

Ubezpieczony  Ubezpieczający (gdy jest inną osobą niż ubezpieczony)  Uposażony  Pełnomocnik  Inna osoba

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia<sup>1</sup> \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Kraj urodzenia \_\_\_\_\_

REGON<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ NIP<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Typ dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport  karta pobytu Seria i numer \_\_\_\_\_

Data ważności dokumentu tożsamości \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  bezterminowy Data wydania dokumentu tożsamości \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Kraj wydania dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Obywatelstwo 1 \_\_\_\_\_ Obywatelstwo 2 \_\_\_\_\_

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

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Kraj  Polska  inny: \_\_\_\_\_  
Prosimy wpisać nazwę kraju

Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_

### III Dane Ubezpieczonego (prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający nie jest ubezpieczonym)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Miejsce urodzenia<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Typ dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport  karta pobytu Seria i numer \_\_\_\_\_

Data ważności dokumentu tożsamości \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  bezterminowy Data wydania dokumentu tożsamości \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Kraj wydania dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Obywatelstwo 1 \_\_\_\_\_ Obywatelstwo 2 \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_  
Prosimy wpisać kto stwierdzał zgon (nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz imię i nazwisko osoby sporządzającj kartę zgonu)

ciężka choroba  niezdolność do pracy  trwale inwalidztwo  inny: \_\_\_\_\_  
Prosimy 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

Placówki 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

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

W przypadku **śmierci** dodatkowo:

- odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego
- karta zgonu
- dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci

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

- dokumentacja z udzielenia pierwszej pomocy bezpośrednio po wystąpieniu zdarzenia
- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie ciężkiej choroby/trwałego inwalidztwa/uszkodzenia ciała – w zależności od zdarzenia
- dokumentacja medyczna potwierdzająca niezdolność do samodzielnej egzystencji lub orzeczenie podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji – jeśli ubezpieczający takie orzeczenie posiada

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

- dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy w dniu zdarzenia
- dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu
- dokument warunkujący dopuszczenie pojazdu do ruchu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu
- wynik badania na obecność alkoholu – w przypadku, gdy ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą – do wglądu
- 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 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 Życie SA, IOD, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.

### [Przetwarzanie danych]

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:

- rozpatrzenia zgłoszenia o wypłatę świadczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność 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 z roszczeniem lub zgłasza Pani/Pan zdarzenie ubezpieczeniowe),
- wypełnienia przez administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności związanych z raportowaniem FATCA/CRS, przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, weryfikacją list sankcyjnych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z odpowiednich przepisów,
- 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 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 do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU Życie SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU Życie 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 przyszłości oraz dane dotyczące posiadanych produktów,
- podjęcia ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Podanie danych osobowych jest konieczne do rozpatrzenia roszczenia. W przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe rozpatrzenie roszczenia o świadczenie.

Decyzje dotyczące przyznania albo odmowy świadczenia mogą być podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej przyznania albo odmowy 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.

#### [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, 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.

#### [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, 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.

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.

#### [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.

## VIII Oświadczenie Ubezpieczonego\*

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.

Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

\* prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest ubezpieczonym, niniejsze oświadczenia są dobrowolne, ale konieczne do realizacji umowy.

Miejscowość

-  -   
Data

Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

## IX 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.  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:
  - a) na piśmie – osobiście albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU Życie SA Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
  - b) na piśmie - wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
  - c) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
  - d) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na [www.pzu.pl](http://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.

3.  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.

4.  Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej zgłoszonego zdarzenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

\* niniejsze oświadczenia są dobrowolne ale konieczne do realizacji umowy

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

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, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

## X Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia przez Bank/PZU Życie SA<sup>3</sup>

Rodzaj dokumentu tożsamości zgłaszającego roszczenie

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

<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
Seria i numer	Wydany dnia	Pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej przez Bank/Agent/PZU Życie SA

Wydany przez

<sup>1</sup> Uzupełnić tylko w przypadku, gdy Ubezpieczony nie posiada numeru PESEL.

<sup>2</sup> Prosimy wypełnić, jeśli zgłaszający jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

<sup>3</sup> Wypełnia PZU Życie SA lub Kontrahent, w zależności od tego, gdzie zostało złożone zgłoszenie.