
Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA przyjmującej zgłoszenie

Pieczęć wpływu jednostki PZU Życie SA obsługującej ubezpieczenie



ZGŁOSZENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

Wypełnia zgłaszający roszczenie

I Dane o ubezpieczeniu

_____ Nazwa ubezpieczenia	
_____ Umowa nr	_____ Nr rachunku (dotyczy ubezpieczeń z funduszem)

II Dane dotyczące ubezpieczonego

_____ Nazwisko		_____ Imię	
_____ PESEL	_____ Data urodzenia	_____ Miejsce urodzenia	
Adres do korespondencji: _____ Kod pocztowy Poczta		_____	
_____ Ulica	_____ Numer domu	_____ Numer lokalu	_____ Miejscowość
Kraj: ☐ Polska ☐ inny: _____ Prosimy wpisać nazwę kraju		_____ Kraj stałego zamieszkania	
_____ Telefon kontaktowy		_____ E-mail	

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

_____ Nazwisko		_____ Imię	
_____ PESEL	_____ Data urodzenia	_____ Miejsce urodzenia	
_____ Nazwa ¹		_____ REGON ¹	
Adres do korespondencji: _____ Kod pocztowy Poczta		_____	
_____ Ulica	_____ Numer domu	_____ Numer lokalu	_____ Miejscowość
Kraj: ☐ Polska ☐ inny: _____ Prosimy wpisać nazwę kraju		_____ Kraj stałego zamieszkania	
_____ Telefon kontaktowy		_____ E-mail	

IV Przedmiot wnioskowania

☐ pobyt w szpitalu

☐ operacja chirurgiczna

☐ uszkodzenie ciała (np. złamanie kości, inwalidztwo)

☐ inne zdarzenie (np. choroba) _____

☐ zawał serca lub krwotok śródmózgowy

☐ niezdolność do pracy

☐ utrata zdrowia przez dziecko

Imię dziecka _____ Nazwisko dziecka _____

WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA			
Kod warunków	Ubezpieczenie podstawowe	Ubezpieczenie dodatkowe	Nr sprawy

V Informacje o zdarzeniu

Przyczyna zdarzenia:

Wypadek ☐ komunikacyjny ☐ lotniczy ☐ w wyniku uprawiania sportów ☐ w pracy ☐ inny

- - : Miejsce wypadku
Data wypadku Godzina wypadku

Poszkodowany jest osobą ☐ praworęczną ☐ leworęczną

☐ choroba (prosimy wpisać jaka)

☐ inna przyczyna (prosimy wpisać przyczynę zdarzenia)

Jeżeli zgłoszone zdarzenie (np. pobyt w szpitalu, operacja, złamanie kości, niezdolność do pracy) zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o opisanie dokładnie i wyczerpująco okoliczności wypadku. Jeżeli przyczyną zgłaszanego zdarzenia była choroba prosimy o opis przebiegu choroby.

Okoliczności wypadku lub opis przebiegu choroby (jeśli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie prosimy także podać nazwę i adres policji lub prokuratury):

Przebieg choroby (krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia):

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej podczas zdarzenia? (prosimy wpisać w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem):

Placówki służby zdrowia, które sprawowały opiekę medyczną po wypadku lub podczas leczenia choroby (prosimy podać nazwę, adres, nazwisko lekarza):

Pobyt na przepustkach (jeżeli ubezpieczony podczas pobytu w szpitalu korzystał z przepustek prosimy wpisać okresy wszystkich przepustek):

VI Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia (prosimy dołączyć oryginały dokumentów albo ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem)

1. wypełniony i podpisany przez zgłaszającego roszczenie formularz zgłoszenia,
2. ☐ karta informacyjna leczenia szpitalnego lub dokument potwierdzający pobyt w szpitalu,
3. ☐ karta informacyjna z placówki medycznej,
4. ☐ dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby/pobyt w szpitalu/poważne uszkodzenie ciała/trwałe inwalidztwo/złamanie kości/przeprowadzenie operacji chirurgicznej – w zależności od zdarzenia,
5. ☐ dokumentacja potwierdzająca okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
6. ☐ dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy w dniu zdarzenia,
7. ☐ karta wypisowa z oddziału intensywnej terapii – w przypadku pobytu na oddziale intensywnej terapii,
8. ☐ orzeczenie lekarskie podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności do pracy – dotyczy zgłoszenia niezdolności do pracy,
9. ☐ zwolnienie lekarskie albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieraniu zasiłku chorobowego,
10. ☐ pełnomocnictwo do reprezentowania uprawnionego (jeśli uprawniony jest inną osobą niż zgłaszający roszczenie),
11. dokument tożsamości – do wglądu,
12. ☐ inne

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

VII Dyspozycja wypłaty (prosimy o wpisanie sposobu wypłaty świadczenia)

☐ w procencie świadczenia % w kwocie zł

☐ na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia²

Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia

☐ przelewem na rachunek bankowy

Numer rachunku bankowego

☐ inne

☐ w procencie świadczenia % w kwocie zł

☐ na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia²

Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia

☐ przelewem na rachunek bankowy

Numer rachunku bankowego

☐ inne

Pozostałą część świadczenia:

☐ na poczet składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia²

Nazwa ubezpieczenia, nr wniosku, nr świadczenia

☐ przelewem na rachunek bankowy

Numer rachunku bankowego

☐ inne

VIII 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 konieczność 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 konieczność 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 konieczność 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 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 obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- podjęcia 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 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.

²PZU Życie SA może odmówić zawarcia umowy. W tym przypadku PZU Życie SA zwraca wnioskującemu kwotę wpłaconą na poczet składki w pełnej wysokości, zadeklarowana wysokość kwoty na poczet składki nie może być niższa od wysokości minimalnej, określonej przez PZU Życie SA.

Oświadczam, że:

- 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.

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

DD - MM - RRRR

Rodzaj dokumentu tożsamości: **DO** – dowód osobisty **PA** – paszport **KP** – karta pobytu **PJ** – prawo jazdy (emisja od 01.07.1999 r.)

Rodzaj dokumentu Seria i numer Wydany dnia - -

Wydany przez	
--------------	--

--	--	--	--	--

NIK

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NEPU osoby przyjmującej dyspozycje

Pieczęć imienna i podpis osoby upoważnionej przez PZU Życie SA/osoby upoważnionej przez ubezpieczający zakład pracy