



# Druk zgłoszenia szkody z ubezpieczeń NNW\*

Numer szkody .....

## Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko: .....

PESEL

data urodzenia  -  -  r.

Adres zamieszkania: .....  -

Tel.: kontaktowy 1 ..... kontaktowy 2 ..... E-mail: .....

Adres koresp. ....  -

## Dane Ubezpieczającego (np. w przypadku ubezpieczeń zbiorowych / grupowych – dane Szkoły, Zakładu Pracy, itp.)

Nazwa / Imię i nazwisko, Adres: .....

## Umowa ubezpieczenia:

Seria i nr polisy: ..... Okres ubezpieczenia od ..... do .....

## Dane Przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego (np. rodzice, opiekun)

Imię i nazwisko: .....

PESEL

data urodzenia  -  -  r.

Adres zamieszkania: .....  -

Tel.: kontaktowy 1 ..... kontaktowy 2 ..... E-mail: .....

Wymieniona osoba jest: Rodzicem  Innym przedstawicielem ustawowym

## Dane Uprawnionego do świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....  -

Tel.: kontaktowy 1 ..... kontaktowy 2 ..... E-mail: .....

## Dane o zdarzeniu

Data zdarzenia:  -  -  godz.  :

Miejsce zdarzenia: .....

### Zgłoszone zdarzenie dotyczy:

1. **Nieszczęśliwego wypadku**, którego skutkiem jest:  doznanie obrażeń ciała przez Ubezpieczonego  
 śmierć Ubezpieczonego w dniu  -  -  r.

2. **Pobytu w szpitalu z powodu innego niż nieszczęśliwy wypadek**, z powodu:

Choroby  Porodu  Innego  (jakiego?): .....

3. **Leczenia ambulatoryjnego z powodu innego niż nieszczęśliwy wypadek**

a. Proszę podać przyczynę wizyty u lekarza: .....

b. Proszę podać wysokość poniesionych kosztów leczenia: .....

c. Kto pokrył wyżej wymienione koszty leczenia? .....

### Opis zdarzenia:

**Informacje dotyczące obrażeń ciała /doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku**

1. Proszę wymienić odniesione w wypadku obrażenia ciała: .....

.....

.....

2. Czy leczenie zostało już zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)?

Tak  Nie , proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia: ..... Nie wiem

3. Czy części ciała uszkodzone w tym wypadku były uszkodzone wcześniej w wyniku innego wypadku / choroby?

Tak , proszę podać datę wypadku  -  -  r. Nie  Nie wiem

4. Kto udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej po wypadku?

Pogotowie Ratunkowe  Przychodnia  Szpital  Inny podmiot  Brak

5. Proszę podać nazwę i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy: .....

.....

6. Czy Ubezpieczony leczył się po wypadku w szpitalu, klinice?

Tak , proszę podać nazwę i adres placówki oraz okres pobytu w szpitalu, klinice: .....

.....

Nie  Nie wiem

**Świadcowie zdarzenia - (naoczni lub którzy pojawili się na miejscu zdarzenia w krótkim czasie po jego zaistnieniu)**

Imię i nazwisko: (1) ..... (2) .....

Adres zamieszkania: .....

..... Telefon: ..... Tel.: .....

**Powiadomienie Policji o zdarzeniu**

Czy o zdarzeniu powiadomiono Policję? Tak  Nie

Nazwa i adres jednostki: .....

Czy w sprawie było / jest prowadzone postępowanie karne?

Tak , proszę wskazać organ prowadzący (Prokuratura, Sąd), jego adres i ewentualnie nr sprawy: .....

.....

Nie  Nie wiem

**Informacja o zawartych ubezpieczeniach NNW**

Czy Ubezpieczony posiada polisę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w PZU SA lub w PZU Życie SA?

Tak  Nie  Nie wiem

Czy została zgłoszona szkoda z tej polisy?

Tak  w PZU SA (nazwa jednostki): .....

w PZU Życie SA (nazwa jednostki): .....

Nie  Nie wiem

**Proszę dodatkowo uzupełnić poniższe dane**

1. Proszę podać:

a. zawód wykonywany przez Ubezpieczonego (jaki?): .....

b. uprawiana dyscyplina sportu przez Ubezpieczonego (jaka?): .....

2. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony prowadził jakikolwiek pojazd?

Tak , proszę podać nazwę i nr dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia (np. prawo jazdy, karta rowerowa, karta motorowerowa): .....

Nie  Nie wiem

## Dane Zgłaszającego szkodę

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....   -    .....

Tel.: kontaktowy 1 ..... kontaktowy 2 .....

Oświadczam, że na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą.

Miejscowość, data: ..... Czytelny podpis Zgłaszającego szkodę: .....

Własnoręczność podpisu Pani/Pana: ..... stwierdzam na podstawie: .....

Seria: ..... Nr: ..... Wydanego przez: ..... Dnia: .....

Miejscowość, data: ..... Pieczętka i podpis pracownika PZU SA: .....

## Informacja Administratora danych osobowych

**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 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 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.

Jeżeli jest Pani/Pan pełnomocnikiem osoby, której dane przetwarza PZU SA, ciąży na Pani/Panu obowiązek przekazania niniejszej Informacji Administratora danych osobowych także tej osobie, która udzieliła Pani/Panu pełnomocnictwa.

**Oświadczenia Ubezpieczonego/Uprawnionego/Przedstawiciela ustawowego**

Oświadczam, że:

1. Należy odszkodowanie należy przekazać:

- a.  na rachunek bankowy numer:
- b.  gotówką w kasie banku (wskazanego przez PZU)

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

Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

4. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielenia PZU SA informacji, w tym do przekazania do PZU SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia .

5. Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie przez  PZU SA \* PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez  PZU SA \* PZU Życie SA.

6. Jeżeli warunki umowy przewidują badanie lekarskie, a dokumentacja przedłożona do szkody/sprawy będzie wystarczająca, wyrażam zgodę na rozpatrzenie zgłoszenia bez przeprowadzenia badania lekarskiego.

Tak  Nie 

7. Zgodnie z art. 29 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 11 września 2015 r. (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.) wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody/przedmiotowego świadczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

Tak  Nie 

8. Sposób rozpatrywania skarg i zażaleń przez PZU SA określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

9. Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą.

Miejscowość, data: ..... Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego/ .....  
Przedstawiciela ustawowego

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez  PZU SA zgłaszanego roszczenia o szkodę/świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia.

**Potwierdzenie własnoręczności podpisu Ubezpieczonego/Uprawnionego/Przedstawiciela ustawowego**

Własnoręczność podpisu Pani/Pana: ..... stwierdzam na podstawie: .....

Seria: ..... Nr: .....Wydanego przez: ..... Dnia: .....

Miejscowość, data: ..... Pieczętka i podpis pracownika PZU SA: .....

Powyższe informacje zostały sporządzone w oparciu o rozmowę telefoniczną/ zgłoszenie internetowe. Tak  Nie 

Niniejszy druk zgłoszenia szkody znajduje zastosowanie także do szkód zgłaszanych z ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego.

\* zaznaczyć właściwie