

**DRUK ZGŁOSZENIA ZDARZENIA MEDYCZNEGO
NUMER SPRAWY PZ2024010202623**



PZ2024010202623

Data zgłoszenia sprawy: **02-01-2024**

Rodzaj ryzyka: **Operacje chirurgiczne**

I Dane o ubezpieczeniu

Numer umowy: **714302850**

Nazwa ubezpieczenia:

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

II Dane Ubezpieczonego/Poszkodowanego

ADRIANA OLESZKO		POLSKA	
Imię i nazwisko		Kraj	
Adres: 95-082	MARKÓWKA		
Kod pocztowy	Miejscowość		
.		36	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
+48 501487676 - 4850	adriana@oleszko.com	76111506344	15-11-1976
Nr telefonu	E-mail	PESEL/REGON**	Data urodzenia**

III Informacje o zdarzeniu

Data zdarzenia szkody: 04-01-2021	godz.		
Adres:		Polska	
Kod pocztowy	Miejscowość	Kraj	
.			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Data przyczyny zdarzenia:			
godz.			
Adres:			
Kod pocztowy	Miejscowość	Kraj	
.			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu

Opis zdarzenia:

Przyczyna zdarzenia: **CHOROBA**

IV Podmioty powiadomione o zdarzeniu

Policja: NIE	
Nazwa i adres jednostki	
Prokuratura: NIE	
Nazwa i adres jednostki	
Sąd: NIE	
Adres Administracji	
Inny: NIE	
Nazwa i adres innego podmiotu	

V Dane Zgłaszającego

MACIEJ OLESZKO		POLSKA	
Imię i nazwisko		Kraj	
Adres: 95-082	MARKÓWKA		
Kod pocztowy	Miejscowość		
.		36	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu

+48509557766

Nr telefonu

maciej@oleszko.com

E-mail

74031307834

PESEL

13-03-1974

Data urodzenia

Miejscowość

Data

Czytelny podpis zgłaszającego szkodę

VI Dyspozycja wypłaty

1. Należne świadczenia proszę przekazać:

Uprawniony:	
Sposób wypłaty	
Nr rach. bank.	
Udział %	

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 przepisów prawa, w szczególności, przepisów o rachunkowości,
- 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,
- rozpatrzenia zgłoszenia o wypłatę świadczenia w oparciu o dane osobowe zebrane w związku z wykonywaniem obecnych jak i wcześniej zawartych umów ubezpieczenia – 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).

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 w oparciu o dane osobowe zebrane w związku z wykonywaniem wcześniej zawartych umów ubezpieczenia.

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: dostawcom usług IT, podmiotom wycenającym 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.

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.

Jeżeli jest Pani/Pan pełnomocnikiem osoby, której dane przetwarza PZU Życie SA lub PZU SA, uprzejmie prosimy o przekazanie niniejszej Informacji Administratora danych osobowych także tej osobie, która udzieliła Pani/Panu pełnomocnictwa.

VIII Oświadczenia Zgłaszającego roszczenie

Oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o szkodę/świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia.
3. Podane przez mnie informacje w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą.
4. Zgodnie z art. 29 ust.1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015 r., poz. 1844) wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej zgłoszonego zdarzenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

Tak Nie

6. Oświadczenia zgłaszającego

Brak zgód

Brak klauzul informacyjnych

- -

Data

Czytelny podpis Zgłaszającego roszczenie

VIII Oświadczenia Ubezpieczonego

1. 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 lub przyczynę śmierci.

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.

2. 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.

- -

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

IX Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia (wypełnia pracownik PZU Życie SA)

Rodzaj dokumentu:

Rodzaj dokumentu tożsamości: DO - dowód osobisty, PA - paszport, KP - karta pobytu

Seria i numer dokumentu

Wydany przez

Wydany dnia

Miejscowość

- -

Data

Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

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

*Wstawić znak X we właściwy **Niepotrzebne skreślić