

Nr polisy



CENTRUM MEDYCZNE: TEL. 801 102 102, 22 2 102 102

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZAGRANICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ  
DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY

### I Dane dotyczące ubezpieczenia i ubezpieczonego (wypełnia uprawniony)

Ubezpieczenie podstawowe  Grupowe ubezpieczenie na życie typ P  Grupowe ubezpieczenie pracownicze typ P Plus  
 Grupowe ubezpieczenie na życie Pełnia Życia  inne

Nazwisko \_\_\_\_\_ Pierwsze imię \_\_\_\_\_  
Drugie imię \_\_\_\_\_ Data urodzenia DD - MM - RRRR PESEL \_\_\_\_\_  
Adres do korespondencji \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
Kraj \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### II Dane współubezpieczonego małżonek dziecko (należy wypełnić jeżeli zgłoszenie dotyczy współubezpieczonego)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Pierwsze imię \_\_\_\_\_  
Drugie imię \_\_\_\_\_ Data urodzenia DD - MM - RRRR PESEL \_\_\_\_\_  
Adres do korespondencji \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
Kraj \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### III Informacje o chorobie

1. Zwięźle opis problemu medycznego, którego ma dotyczyć zagraniczna konsultacja medyczna

\_\_\_\_\_

2. Schorzenia (choroby) towarzyszące

\_\_\_\_\_

3. Z jakiego powodu chce Pan/i uzyskać zagraniczną konsultację medyczną  potwierdzenie obecnej diagnozy  wątpliwości co do obecnej diagnozy

wątpliwości co do słuszności proponowanego dalszego leczenia  wątpliwości diagnostycznych  sprawdzenia, czy są inne alternatywne sposoby leczenia

uzyskania pomocy w wybraniu jednej z zaproponowanych metod leczenia

inny (opisać jaki) \_\_\_\_\_

4. Jaką dokumentację medyczną Pan/i posiada (karty informacyjne, wypisy, opisy badań, zdjęcia, zaświadczenia itp.) prosimy opisać w części V załączniki

5. Czy ma Pan/i lekarza prowadzącego  TAK  NIE

6. Czy wyraża Pan/i zgodę na kontakt z lekarzem prowadzącym  TAK  NIE

imię i nazwisko lekarza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adres do korespondencji

Telefon kontaktowy

## IV Dyspozycja kontaktowania się w sprawach związanych z uzyskaniem zagranicznej konsultacji medycznej

Proszę o przesyłanie wszelkiej korespondencji, w tym zagranicznej konsultacji medycznej:  na adres wnoszącego  na niżej wskazany adres<sup>1</sup>:

Imię i nazwisko uprawnionego				
Adres			Nr domu	Nr lokalu
Ulica				
Kraj	Kod pocztowy	Poczta	Miejscowość	
Telefon kontaktowy 1		2	e-mail	

## V Załączniki

dokumentacja medyczna (proszę wymienić jaka)

skrócony odpis aktu małżeństwa  skrócony odpis aktu urodzenia  inne (proszę wymienić jakie)

## VI Oświadczenie

W przypadku zastępstwa ubezpieczonego / współubezpieczonego przez osobę trzecią:

Niniejszym upoważniam  Pana  Panią

legitymującego/ą się dowodem osobistym nr

do reprezentowania mnie we wszelkich sprawach związanych z uzyskaniem

Zagranicznej Konsultacji Medycznej.

- Zostałem poinformowany / zostałam poinformowana, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
- W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia.
- Zostałem poinformowany / zostałam poinformowana o możliwości wnoszenia w formie pisemnej skarg i zażaleń do każdej jednostki PZU Życie SA w sposób umożliwiający identyfikację osoby wnoszącej i przedmiotu skargi lub zażalenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane przez jednostki terenowe wyższego szczebla lub Centralę PZU Życie SA zgodnie z zakresem ich działalności. PZU Życie SA rozpatruje skargę lub zażalenie niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania, a w przypadku niemożności ich rozpatrzenia w powyższym terminie, zawiadamia wnoszącego z podaniem przyczyny zwłoki i nowego terminu rozpatrzenia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA oraz przekazanie ich do państwa trzeciego w celu realizacji umowy ubezpieczenia.
- \*Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U.2013 poz. 950).
- \*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.

\* W przypadku zgody proszę wstawić X w pole

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

Miejscowość	DD - MM - RRRR	Podpis ubezpieczonego	Podpis współubezpieczonego
-------------	----------------	-----------------------	----------------------------

## III 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),
- wypełnienia 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,
- wypełnienia 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,
- 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 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,
- podjęcia 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.

**Dokumenty prosimy przekazać listem poleconym na adres:**

**PZU Pomoc SA  
al. Jana Pawła II 24  
00-133 Warszawa**

**Na kopercie prosimy dopisać: Zagraniczna Opinia Medyczna**

<sup>1</sup> Dotyczy osoby uprawnionej, wskazanej przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w oświadczeniu.