



**ZGŁOSZENIE SZKODY Z UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA  
„PZU-BEZPIECZNA KARTA” DLA POSIADACZY I UŻYTKOWNIKÓW KART  
PŁATNICZYCH WYDAWANYCH PRZEZ PLUS BANK S.A.**

**I Dane ubezpieczonego (Posiadacza karty/użytkownika karty)**

<input type="text"/>							
Imię i Nazwisko							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Data urodzenia	PESEL	Nr telefonu	E-mail				
<b>Adres zamieszkania:</b>							
<input type="text"/>						<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica						Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Kod pocztowy	Pocztą	Miejscowość			Kraj		
<b>Adres do korespondencji:</b>							
<input type="text"/>						<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jeżeli jest inny niż adres zamieszkania Ulica						Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Kod pocztowy	Pocztą	Miejscowość			Kraj		

**II Informacje dotyczące szkody**

Nazwa karty	Karta ważna do MM-RRRR	Rabunek gotówki* / kradzież gotówki* wypłaconej z bankomatu lub terminala POS	Wartość zrabowanej / ukradzonej gotówki	Nieuprawnionej użycie karty	Wartość nieuprawnionych operacji
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

1. Łączna kwota udokumentowanych kosztów zakupu portfela oraz koszt wydania nowych dokumentów tożsamości lub kart płatniczych wydanych przez Ubezpieczającego (jeżeli dotyczy):

2. Data i godzina stwierdzenia braku karty\* / rabunku gotówki\* / kradzieży gotówki\*:

3. Data i godzina wypłaty gotówki z bankomatu lub terminala POS (wypełnić w przypadku rabunku gotówki / kradzieży gotówki):

4. Miejsce rabunku / kradzieży gotówki pobranej z bankomatu lub terminala POS – kraj, adres lub inne określenie miejsca (wypełnić w przypadku rabunku / kradzieży gotówki):

5. Czy numer PIN był w jakikolwiek sposób zapisany na karcie?  TAK  NIE
6. Czy kradzież lub utrata dotyczy karty pozostawionej bez zabezpieczenia w ogólnie dostępnym miejscu publicznym. Jeżeli tak, prosimy podać szczegóły w pkt 10 (wypełnić w przypadku nieuprawnionego użycia karty)?  TAK  NIE
7. Czy zdarzenie jest wynikiem umyślnego działania osób pozostających z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym?  TAK  NIE
8. Czy fakt stwierdzenia utraty karty został zgłoszony do banku w celu jej zastrzeżenia – kiedy? Data / Godzina  TAK  NIE
9. Czy zdarzenie zgłoszono na Policję – kiedy? Data / Godzina  TAK  TAK

10. Szczegółowy i chronologiczny opis przebiegu zdarzenia:

11. Niniejszym informuję, że straty finansowe wynikające z nieuprawnionego użycia karty \*/ rabunku gotówki\*/ kradzieży gotówki\* są / nie są\* ubezpieczone w innym zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia odpowiedzi "tak", prosimy o podanie następujących informacji:

Nazwa i adres zakładu, w którym zawarto ubezpieczenie	
Nazwa ubezpieczenia	Numer dokumentu ubezpieczenia (polisy)
Przedmiot ubezpieczenia	
Rodzaj ryzyk (zdarzeń losowych) objętych ubezpieczeniem	
Okres ochrony ubezpieczeniowej	od <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Suma ubezpieczenia	

### III Dyspozycja wypłaty

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać odszkodowanie lub świadczenie

Imię i nazwisko posiadacza ww rachunku bankowego

### IV 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 obywatelskiego 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 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.

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.

## V Oświadczenie

Oświadczam, iż wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Ponadto upoważniam PLUS BANK S.A. do udzielenia PZU SA, jako ubezpieczycielowi, wszelkich informacji objętych tajemnicą bankową, dotyczących wymienionej w niniejszym formularzu karty, niezbędnych do ustalenia mojego prawa do żadanego odszkodowania lub świadczenia.

\_\_\_\_\_

Miejscowość, data

\_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczonego

## VI Potwierdzenie PLUS BANK S.A. (w sytuacji gdy dane Ubezpieczonego nie zostały przekazane do PZU)

Potwierdzam, że w dniu \_\_\_\_\_ (dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego) Pani\*/Pan\* \_\_\_\_\_ była\*/był\* objęta\*/objęty\* ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia dla posiadaczy i użytkowników kart płatniczych wydawanych przez PLUS BANK S.A. nr \_\_\_\_\_, z dnia \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Miejscowość, data

\_\_\_\_\_

pieczęć PLUS BANK S.A.

\_\_\_\_\_

czytelny podpis upoważnionego pracownika PLUS BANK S.A.

\* Niepotrzebne skreślić

### Do formularza powinny być załączone następujące dokumenty:

- a) w ubezpieczeniu nieuprawnionego użycia karty:
- miesięczny wyciąg lub zbiorcze zestawienie operacji z rachunku posiadacza karty, ze wskazaniem operacji dokonanych bez zgody i wiedzy posiadacza karty lub użytkownika karty,
  - poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego wydane przez Policję w przypadku rabunku albo kradzieży karty,
  - dokumenty potwierdzające poniesione przez Ubezpieczonego koszty zakupu portfela, koszty wydania Ubezpieczonemu nowych dokumentów potwierdzających tożsamość Ubezpieczonego oraz koszty wydania nowych kart, które zostały utracone (tylko karty wydawane przez Ubezpieczającego), jeżeli dotyczy,
- b) w ubezpieczeniu gotówki pobranej z bankomatu albo terminala POS:
- dowód dokonania wypłaty gotówki z bankomatu lub terminala POS – wydruk z bankomatu, terminala POS lub miesięczne zestawienie operacji, ze wskazaniem dnia, godziny, miejsca zdarzenia,
  - poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego wydane przez Policję,
  - dokumenty potwierdzające poniesione przez Ubezpieczonego koszty zakupu portfela, koszty wydania Ubezpieczonemu nowych dokumentów potwierdzających tożsamość Ubezpieczonego oraz koszty wydania nowych kart, które zostały utracone (tylko karty wydawane przez Ubezpieczającego), jeżeli dotyczy, oraz dokumenty potwierdzające zawarcie innego ubezpieczenia, jeżeli dotyczy.

Wypełniony i podpisany formularz zgłoszenia szkody wraz z ww. dokumentami należy przesłać na adres:

Centrum Obsługi Szkód Komunikacyjnych i Majątkowych PZU SA,

02-676 Warszawa

ul. Postępu 18a

albo do innej jednostki PZU SA

801 102 102, lub (22) 566 55 55