



I Informacje dotyczące dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia Leczenie za granicą

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Godzina kontaktu telefonicznego	Dane osoby, która odebrała zgłoszenie roszczenia (imię i nazwisko)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nr polisy ubezpieczeniowej	Dane ubezpieczonego (imię i nazwisko)	

W przypadku, gdy zgłaszającym roszczenie jest osoba trzecia, prosimy o przedstawienie pełnomocnictwa od ubezpieczonego albo o potwierdzenie informacji zawartych w niniejszym formularzu przez ubezpieczonego. Wzór pełnomocnictwa, jakim można się posłużyć stanowi załącznik nr 1 do formularza.

II Szczegółowe dane osobowe Ubezpieczonego/Przedstawiciela Szczegóły osoby (ubezpieczonej) zgłaszającej roszczenie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mężczyzna	Kobieta	Nazwisko	Imię
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data urodzenia	Adres zamieszkania		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres e-mail	Nr telefonu stacjonarnego (łącznie z numerem kierunkowym i prefiksem kraju)		Numer telefonu komórkowego (łącznie z prefiksem kraju)
Preferowany sposób kontaktu: <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefon stacjonarny <input type="checkbox"/> Telefon komórkowy Najwygodniejsza pora, żeby oddzwonić <input type="text"/>			

Dane przedstawiciela – osoby upoważnionej do zgłoszenia roszczenia w imieniu Ubezpieczonego oraz do kontaktu w procesie leczenia („Przedstawiciel”)

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nazwisko Przedstawiciela	Imię Przedstawiciela		
Relacja między Przedstawicielem a Ubezpieczonym (pokrewieństwo/stosunek prawny): <input type="text"/>			
<input type="text"/>			
Adres zamieszkania			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adres e-mail	Nr telefonu stacjonarnego (łącznie z numerem kierunkowym i prefiksem kraju)	Numer telefonu komórkowego (łącznie z prefiksem kraju)	
Preferowany sposób kontaktu: <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefon stacjonarny <input type="checkbox"/> Telefon komórkowy Najwygodniejsza pora, żeby oddzwonić <input type="text"/>			
Proszę wybrać preferowaną osobę kontaktową <input type="checkbox"/> Zgłaszający (Ubezpieczony) <input type="checkbox"/> Przedstawiciel			
Preferowany język do kontaktów <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> Przedstawiciela <input type="checkbox"/> język polski <input type="checkbox"/> język angielski			

III Problem zdrowotny

1. Problem zdrowotny:

2. Od kiedy u Ubezpieczonego występują objawy:

3. Data postawienia diagnozy:

4. Specjalizacja lekarza stawiającego diagnozę:

5. Aktualny plan leczenia lub dalsze działania proponowane przez lekarza prowadzącego:

6. Uwagi Ubezpieczonego:

IV Wybór świadczenia w ramach ubezpieczenia Leczenie za granicą

Ubezpieczone roszczenia z tytułu następujących świadczeń

Druga opinia medyczna

Pokrycie kosztów/organizacja leczenia za granicą

V Informacje medyczne

W związku z informacjami medycznymi podanymi wcześniej prosimy Pana/Panią o więcej szczegółów:

1. Historia bieżącej choroby: (historia stanów i objawów chorobowych w porządku chronologicznym)

2. Czy badał Pana/Panią specjalista? TAK NIE Jeśli tak, to kto jest Pana/Pani obecnym lekarzem specjalistą?

Pan/Pani (imię i nazwisko): Tytuł naukowy i specjalizacja:

Oddział: Szpital:

nr telefonu: nr faksu: e-mail:

Przeprowadzone badania (proszę podać datę i określić, czy udokumentowane wyniki są dostępne/dołączone do zgłoszenia)

3. Nadchodzące terminy wizyt w związku z zachorowaniem

Zaplanowane terminy wizyt w ciągu najbliższych 30 dni:

Termin wizyty przedoperacyjnej, o ile ją zaplanowano:

Data operacji, o ile ją zaplanowano:

4. Ile wizyt miał Pan/ Pani w sumie w tym roku u swojego(-ich) lekarza(-y) prowadzącego(-ych) leczenie (specjalisty i lekarza ogólnego)?

Proszę podać wszystkich dodatkowych lekarzy, u których był Pan/była Pani w ciągu ostatnich trzech lat i wykonywał(-a) badania:

Lekarz nr 1

Pan/Pani (imię i nazwisko): Tytuł naukowy i specjalizacja:

Oddział: Szpital:

nr telefonu: e-mail:

Przeprowadzone badania (proszę podać datę i określić, czy udokumentowane wyniki są dostępne/dołączone do zgłoszenia)

Lekarz nr 2

Pan/Pani (imię i nazwisko): Tytuł naukowy i specjalizacja:

Oddział: Szpital:

nr telefonu: e-mail:

Przeprowadzone badania (proszę podać datę i określić, czy udokumentowane wyniki są dostępne/dołączone do zgłoszenia)

Lekarz nr 3

Pan/Pani (imię i nazwisko): Tytuł naukowy i specjalizacja:

Oddział: Szpital:

nr telefonu: e-mail:

Przeprowadzone badania (proszę podać datę i określić, czy udokumentowane wyniki są dostępne/dołączone do zgłoszenia)

W przypadku konieczności dołączenia szczegółowych informacji dotyczących dodatkowych wizyt i/lub przeprowadzonych badań prosimy o ich podanie na osobnej kartce papieru.

5. Dokumentacja medyczna:

Proszę wymienić dokumentację medyczną na temat danego problemu medycznego, którą może Pan/Pani dostarczyć oraz wszelkie inne dokumenty, które mogą być Panu/Pani udostępnione (w przypadku, gdy ich Pan/Pani nie posiada):

Przy składaniu podpisanego formularza prosimy o dołączenie wszystkich wymienionych w nim dokumentów.

6. Jaką opinię wyraził lekarz prowadzący w odniesieniu do planu leczenia lub dalszych działań?

7. Czy obecnie przechodzi Pan/Pani leczenie? TAK NIE

8. Czy zdiagnozowano u Pana/Pani jakieś inne poważne schorzenia? (Jeśli tak, to kiedy?)

9. Próbkę tkanek (biopsje)
Jeśli wykonano biopsję, to czy próbki są dostępne do ewentualnej ponownej analizy?

10. Dodatkowe informacje medyczne

10a. Czy miał Pan/ Pani wcześniej jakieś operacje? (Jeśli tak, to jakie i kiedy?)

10b. Historia rodziny:

Czy w Pana/Pani rodzinie występowały poważne choroby? TAK NIE Jeśli tak, proszę podać związek rodzinny i chorobę

10c. Czy ma Pan/Pani jakieś alergie? TAK NIE Jeśli tak, proszę podać alergen i reakcję.

10d. Aktualne leczenie (proszę podać nazwę leku odwrótczego (generycznego), dawkowanie i częstotliwość stosowania każdego leku):

11. Pytania bądź wątpliwości, na które pacjent oczekuje odpowiedzi lub wyjaśnienia:

Prosimy o dostarczenie upoważnienia do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej. Wzór upoważnienia stanowi załącznik nr 2.

VI Dodatkowe informacje i nawyki

1. Obecny wzrost (w centymetrach) masa ciała (w kilogramach)

2. Czy w ciągu ostatnich kilku miesięcy odnotował(-a) Pan/Pani jakąkolwiek znaczącą zmianę masy ciała (przyrost lub spadek)? TAK NIE

3. Czy Pan/Pani pali? TAK NIE Jeśli tak, to ile (papierosów dziennie)?

4. Czy pije Pan/Pani alkohol? TAK NIE Jeśli tak, to ile?

5. Czy regularnie uprawia Pan/Pani sport? TAK NIE Jeśli tak, to ile razy tygodniowo?

6. Jaki jest Pana/Pani zawód?

VII Uwagi

Usługi, do których może Pan/Pani być uprawniony/a na podstawie dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia „Leczenie za granicą” w PZU Życie SA będą świadczone przez firmę Further Underwriting International S.L.U. Dane kontaktowe firmy Further są następujące:

FURTHER Underwriting International, S.L.U., z adresem Paseo Recoletos 12, 4ª planta, 28001, Madryt, Hiszpania; (dalej „Further”, „My”)

Poniżej znajdują się zalecenia, które rekomendujemy przestrzegać podczas korzystania z usług.

- Nie jesteśmy Pana/Pani lekarzem prowadzącym:** Informujemy, że ani My ani jakikolwiek lekarz specjalista działający na nasze zlecenie nie jest Pana/Pani lekarzem prowadzącym. W momencie zaangażowania Nas przez Państwa do świadczenia usług nie powstaje pomiędzy Further a Panem/Panią stosunek lekarz-pacjent.
- Wyłączenie świadczenia pomocy medycznej w nagłych przypadkach:** Nie świadczymy pomocy medycznej w nagłych przypadkach. Jeżeli potrzebuje Pan/Pani pomocy medycznej w nagłym przypadku należy skontaktować się z punktem świadczącym doraźną opiekę medyczną (np. szpitalny oddział ratunkowy).
- Zastrzeżenie dot. planu leczenia:** Dostarczany przez Nas Panu/Pani plan leczenia nie zmienia diagnozy postawionej przez Pana/Pani lekarzy prowadzących.

UPOWAŻNIENIE DO DZIAŁANIA W CHARAKTERZE PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO
(w przypadku, gdy ubezpieczony ustanawia Przedstawiciela)

Ja
upoważniam Pana/Panią

do zlecenia świadczenia usług w moim imieniu oraz do organizacji świadczenia usług na moją rzecz.

Udzielam tego upoważnienia do czasu zakończenia świadczenia usług, do których jestem uprawniony na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia „Leczenie za granicą” zawartej przeze mnie z PZU Życie SA.

Data

Podpis ubezpieczonego

ZAŁĄCZNIK NR 2

Wzór upoważnienia do uzyskania informacji medycznej

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a
zamieszkały/a w pod adresem
legitymujący/a się dowodem osobistym nr wydanym w dniu przez
ważnym do dnia

upoważniam FURTHER z siedzibą w Hiszpanii, Paseo de Recoletos, 12 4ª planta 28001 Madryt, numer C.I.F. B-83644484, do dostępu (w tym do wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, skanów, odpisów, wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta).

Niniejsze upoważnienie jest niezbędne do organizacji świadczeń przysługujących mi na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia „Leczenie za granicą” zawartej przeze mnie z PZU Życie SA.

Niniejsze upoważnienie dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

Data

Podpis ubezpieczonego



INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

dla osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe, reprezentanta oraz osoby zgłaszającej roszczenie

[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 adres siedziby administratora wskazany powyżej. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych Osobowych. Kontakt taki można nawiązać za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres IODpzu@pzu.pl lub w formie pisemnej na adres PZU Życie SA, IOD, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:

- rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania/świadczeń – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność przetwarzania danych w celu realizacji umowy (jeżeli jesteś osobą zgłaszającą roszczenie, jesteś przedstawicielem osoby zgłaszającej roszczenie lub zgłaszasz zdarzenie ubezpieczeniowe),
- wypełnienia przez administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy i finansowania terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność wypełnienia spoczywającego na nim obowiązku prawnego wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu,
- wypełnianie przez administratora obowiązków związanych ze sprawozdawczością FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność wypełnienia spoczywającego na administratorze obowiązku prawnego wynikającego z przepisów dotyczących przestrzegania międzynarodowych zobowiązań podatkowych i wdrażania prawodawstwa FATCA oraz przepisów dotyczących automatycznej wymiany informacji podatkowych z innymi krajami,
- wypełnienia przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia oraz obowiązku prowadzenia dokumentacji dotyczącej czynności obsługowych dla celów dowodowych – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność wypełnienia ciążącego na administratorze obowiązku prawnego 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 realizacji uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- podejmowania wszelkich działań w związku z przeciwdziałaniem wypłacie nienależnych świadczeń lub odszkodowań - podstawą prawną przetwarzania jest konieczność realizacji uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość zapobieżenia wypłacie nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzja o wysokości odszkodowania/świadczeń zostanie podjęta na podstawie danych niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia. Podanie danych osobowych jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Jeśli odmówia Państwo podania tych informacji, nie będą mogli Państwo procedować swojego roszczenia o odszkodowanie/świadczenia

[Okres przechowywania danych]

Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

[Przekazywanie danych]

Państwa dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa, jak również na podstawie umów zawartych przez administratora z zakładami reasekuracji.

Państwa dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu administratora: dostawcom usług informatycznych, podmiotom wyceniającym szkody, lekarzom orzecznikom, podmiotom świadczącym usługi i pomoc medyczną, jeżeli podmioty te przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i tylko zgodnie z instrukcjami administratora.

Dane osobowe mogą być ujawniane podmiotom w krajach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia zdrowotnego w kraju rezydowania eksperta medycznego.

[Pani/Pana prawa]

Użytkownik ma prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do żądania ich poprawienia, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Mają Państwo prawo do przekazania swoich danych osobowych, tj. otrzymania ich od administratora w ustrukturyzowanym, powszechnie stosowanym formacie do odczytu elektronicznego. Można **przesłać te dane do innego administratora**.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest przesłanka uzasadnionego interesu administratora, mają Państwo prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się z administratorem lub Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, korzystając z danych kontaktowych wskazanych powyżej.

Mają Państwo prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.