

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

**OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WSZYSTKIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I” NINIEJSZEGO FORMULARZA**

### I. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Numer polisy i dane placówki szkolnej, w której zostało zawarte ubezpieczenie \_\_\_\_\_

2. **Ubezpieczony** (osoba, której dotyczy zgłaszane roszczenie)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Dokładny adres zamieszkania \_\_\_\_\_

(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

3. **Uprawniony** (w przypadku niepełnoletniego ubezpieczonego należy podać dane rodzica/opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL lub seria i nr dowodu osobistego \_\_\_\_\_

Dokładny adres zamieszkania \_\_\_\_\_

(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

Dane kontaktowe \_\_\_\_\_

(adres e-mail i numer telefonu)

4. Data i miejsce nieszczęśliwego wypadku lub data ujawnienia choroby \_\_\_\_\_

5. Data zgonu \_\_\_\_\_ Czy została wykonana sekcja zwłok:  tak  nie

6. 1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco): \_\_\_\_\_

2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do pozaszkolnego klubu sportowego?(jeśli tak należy podać nazwę) \_\_\_\_\_

3) W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie \_\_\_\_\_

7. Czy narząd (-y) opisane w pkt. 6 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby (jeśli tak należy wpisać datę diagnozy) \_\_\_\_\_

8. Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu \_\_\_\_\_

9. Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu \_\_\_\_\_

- samochodu       motocyklu       roweru       inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia \_\_\_\_\_

10. Dane jednostki Policji/Prokuratury/Sądu jeżeli w sprawie prowadzone jest/było postępowanie \_\_\_\_\_

11. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku \_\_\_\_\_

*Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej.*

12. Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone \_\_\_\_\_

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

13. Do zgłoszenia roszczenia dołączono ( - właściwie zaznaczyć „x”):

- karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy oraz przebiegu leczenia,
- notatkę z Policji/dokument potwierdzający rozstrzygnięcie podjęte przez Prokuraturę/Sąd w postępowaniu toczącym się w przedmiotowej sprawie,
- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- inne dokumenty \_\_\_\_\_

14. Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie<sup>1</sup>:

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

Oświadczenia:

1. *Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.*

Tak (...) / Nie (...)

2. *Czy wyraża Pan/Pani zgodę na komunikowanie się z Panem/Panią w formie elektronicznej? Dokumenty, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane na adres e-mail podany przez Pana/Panią w części I niniejszego formularza.*

Tak (...) / Nie (...)

3. *Czy chciałby Pan/chciałaby Pani otrzymywać odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez Pana/Panią w części I niniejszego formularza?*

Tak (...) / Nie (...)

4. *Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.*

..... Miejscowość, data
----------------------------

..... Podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego
---

<sup>1</sup> Brak numeru rachunku bankowego spowoduje, że odbiór świadczenia będzie możliwy tylko osobiście w oddziale banku Pekao S.A.

**Informacja zgodna art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej Rozporządzeniem.**

#### **Administrator danych osobowych**

Administratorem danych jest InterRisk TU SA Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22 (zwany dalej Administratorem lub InterRisk). Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres email: sekretariat@InterRisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

#### **Inspektor ochrony danych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować - we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych - poprzez email iod@interrisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

#### **Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- wykonania umowy ubezpieczenia w zakresie likwidacji szkody (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt c), art. 9 ust 2 pkt f lub pkt g) Rozporządzenia),
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych ze zgłoszoną szkodą (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłatom nienależnych świadczeń (podstawa prawna - art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zapobieganie i ściganie przestępstw popełnianych na jego szkodę,
- reasekuracji ryzyk (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego.

#### **Kategorie przetwarzanych danych osobowych**

W procesie likwidacji szkody będą przetwarzane następujące Pani/Pana dane osobowe: imię nazwisko, dane adresowe, dane kontaktowe, nr PESEL, dane o stanie zdrowia

#### **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń wynikających ze zgłoszonej szkody lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

#### **Odbiorcy danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym do pozyskania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa, zakładom reasekuracji, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu dochodzenia należności, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom świadczącym usługi w zakresie likwidacji szkód, podmiotom archiwizującym lub usuwającym dane – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

#### **Przekazywanie danych poza EOG**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom znajdującym się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

#### **Prawa osoby, której dane dotyczą**

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora) - w szczególności prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania,
- przenoszenia danych osobowych (w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i przetwarzanie to odbywa się na podstawie zgody lub na podstawie zawartej z Administratorem umowy), 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 danych,
- prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tzn. do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.

#### **Informacja o wymogu podania danych**

Podanie danych osobowych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody – bez podania danych osobowych likwidacja szkody nie jest możliwa.