ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS / NNW odNowa

InterRisk VIENNA INSURANCE GROUP

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest wypełnić czytelnie
Wszystkie punkty zamieszczone w części „i" niniejszego formularza

I. WYPEŁNIA UBEZPIECZONY / UPRAWNIONY

1. Ubezpieczający

Nazwa placówki oświatowej / zakładu pracy /
w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko:

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

pieczęć Ubezpieczającego

2. Ubezpieczony

Imię, nazwisko osoby, której dot. zgłaszane roszczenie:

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Pesel:

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego:

Nazwa, adres pocztowy, nr telefonu:

Uprawiana dyscyplina sportu:

Zawód wykonywany:

3. Uprawniony

Uprawniony – imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego /
osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia:

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

OPIS ZDARZENIA

4. Data i miejsce wypadku / data ujawnienia choroby D D - M M - R R R R

5. Data zgonu D D - M M - R R R R Czy została wykonana sekcja zwłok (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE

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

2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do klubu/zespołu sportowego, sekcji sportowej?

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

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

7. **Czy narząd (-y) opisane w pkt. 6 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby** (zaznaczyć właściwe pole)**:**
☐ TAK ☐ NIE

8. **Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu** (zaznaczyć właściwe pole)**:**
☐ TAK ☐ NIE

9. **Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu** (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE
☐ 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** (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE
Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia: D D - M M - R R R R

13. **Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia?**
zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE **Jeżeli tak, proszę podać numer polisy:** _____

14. **Do zgłoszenie roszczenia dołączono** (zaznaczyć właściwe pole):
☐ **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:** _____

15. **Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie[1]:**

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

_____
miejscowość

D D - M M - R R R R
data

_____
podpis Ubezpieczającego

[1] *W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ"*

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 dana 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.

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY – PRACODAWCA / PLACÓWKA OŚWIATOWA

Seria i numer polisy:

Okres ubezpieczenia: od: D D - M M - R R R R do: D D - M M - R R R R

Suma ubezpieczenia (zł):

słownie:

Wariant ubezpieczenia:

pieczęć Ubezpieczającego

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu *(zaznaczyć właściwe pole):* ☐ TAK ☐ NIE

Informacja o okolicznościach zdarzenia – uraz podczas / w ramach:

☐ obowiązkowych zajęć szkolnych
☐ szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych
☐ zorganizowanych eventów
☐ zawodów (jakich?)
☐ pozaszkolnych klubów sportowych
☐ inne

Data urodzenia: D D - M M - R R R R

Wysokość składki (zł): słownie:

Składkę opłacono do dnia: D D - M M - R R R R

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

miejscowość

D D - M M - R R R R
data

podpis Ubezpieczającego

☒ pola wyboru oznaczyć znakiem ✕