

## 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. Ubezpieczający \_\_\_\_\_  
*nazwa placówki oświatowej (pieczęć), (w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko)*

\_\_\_\_\_ adres pocztowy, numer telefonu, adres e-mail

2. Ubezpieczony \_\_\_\_\_  
imię, nazwisko osoby, której dot. zgłaszane roszczenie, PESEL lub data urodzenia, adres pocztowy, nr telefonu, adres e-mail,

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego

\_\_\_\_\_ nazwa, adres pocztowy, nr telefonu

Uprawiana dyscyplina sportu \_\_\_\_\_

Zawód wykonywany \_\_\_\_\_

3. Uprawniony \_\_\_\_\_  
imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail

4. Data i miejsce wypadku/ 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, 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 \_\_\_\_\_

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

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. Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia? Jeżeli tak, proszę podać numer polisy \_\_\_\_\_

14. Do zgłoszenia roszczenia dołączono ( - właściwe 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 Ubezpiezonego za osobę zmarłą, inne dokumenty \_\_\_\_\_

15. Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie:

<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 Ubezpiezonego/Uprawnionego
--

**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.

**II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa**

pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy \_\_\_\_\_ Okres ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Suma ubezpieczenia \_\_\_\_\_ Wariant ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu TAK/NIE\*

Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas / w ramach:

- obowiązkowych zajęć szkolnych       szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych  
 zawodów (jakich?) \_\_\_\_\_  pozaszkolnych klubów sportowych       Inne

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Wysokość składki \_\_\_\_\_

Składkę opłacono dnia \_\_\_\_\_

*Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.*

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Ubezpieczającego