

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
(w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko):

Szkoła Podstawowa nr 33 im. Ignacego Paderewskiego w Kielcach

Adres z kodem pocztowym: Marszałka Józefa Piłsudskiego 42

2 5 - 4 3 1 Kielce

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



Imię, nazwisko:

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

OPIS ZDARZENIA

4. DATA I MIEJSCE WYPADKU / DATA UJAWNIEŃ CHOROBY

.....

5. DATA ZGONU

.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

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 zgłoszenia 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 świadczenie¹:**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, dnia.....
podpis Ubezpieczonego / Uprawnionego¹ 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 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

Seria i numer polisy: EDU-A/P158414		pieczęć Ubezpieczającego																				
Okres ubezpieczenia: od <table><tr><td>0</td><td>1</td><td>-</td><td>0</td><td>9</td><td>-</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> do <table><tr><td>3</td><td>1</td><td>-</td><td>0</td><td>8</td><td>-</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>6</td></tr></table>			0	1	-	0	9	-	2	0	2	5	3	1	-	0	8	-	2	0	2	6
0	1		-	0	9	-	2	0	2	5												
3	1		-	0	8	-	2	0	2	6												
Suma ubezpieczenia: 22 000 zł słownie dwadzieścia dwa tysiące																						
Wariant ubezpieczenia																						
Imię i nazwisko Ubezpieczonego:																						
Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE																						
Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas / w ramach: <table><tr><td>☐ obowiązkowych zajęć szkolnych</td><td>☐ szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych</td></tr><tr><td>☐ zawodów (jakich?)</td><td>☐ pozaszkolnych klubów sportowych ☐ inne</td></tr></table>			☐ obowiązkowych zajęć szkolnych	☐ szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych	☐ zawodów (jakich?)	☐ pozaszkolnych klubów sportowych ☐ inne																
☐ obowiązkowych zajęć szkolnych	☐ szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych																					
☐ zawodów (jakich?)	☐ pozaszkolnych klubów sportowych ☐ inne																					
Data urodzenia: <table><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					-			-														
		-			-																	
Wysokość składki: 40,00 zł słownie czterdzieści złotych																						
Składkę opłacono do dnia: <table><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					-			-														
		-			-																	

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
miejscowość, dnia

.....
podpis Ubezpieczającego

☒ pola wyboru oznaczyć znakiem X