

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS
– Opcja Podstawowa –

Wypełnia Ubezpieczający (placówka oświatowa)

pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy:

Okres ubezpieczenia: **01.09.2023 r. – 31.08.2024 r.**

Suma ubezpieczenia:

Wariant ubezpieczenia: **Opcja podstawowa + świadczenia dodatkowe**

Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego (D1), Oparzenia i odmrozenia (D2), Pobyt w szpitalu w wyniku NW(D3), pobyt w szpitalu w wyniku choroby (D4), poważne zachorowania (D5), Koszty leczenia i rehabilitacji w wyniku NW (D8), koszty leczenia stomatolog, w wyniku NW(D11), assistance EDU PLUS (D13), opcja HEJT STOP.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

Wysokość składki:

Składkę opłacono dnia: **WRZESIEŃ '2023**

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

miejsowość, data

pieczęć i podpis Ubezpieczającego

Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Ubezpieczający: _____

2. Ubezpieczony _____

(imię, nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, nr telefonu, adres e-mail, PESEL)

Uprawiana dyscyplina sportu _____

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego _____

(nazwa, adres pocztowy, nr telefonu)

3. Uprawniony* _____

(imię, nazwisko, adres, nr telefonu, adres e-mail (jeżeli Ubezpieczony jest niepełnoletni Uprawnionymi są rodzice dziecka lub prawni opiekunowie)

OPIS ZDARZENIA

4. Data i miejsce wypadku/ data ujawnienia choroby _____

5. Data zgonu _____ Czy została wykonana sekcja zwłok: _____

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) 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 (zaznaczyć właściwe pole)

samochodu,

motocyklu,

roweru,

innego

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia _____

10. Jeżeli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie kame lub cywilne, proszę podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji, prokuratury lub sądu, nr sprawy _____

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

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

12. Proszę podać nazwę i adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczyl się _____

13. Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone _____
Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia _____
14. Czy w związku wypadkiem lub chorobą Ubezpieczony przebywał w szpitalu _____
Jeżeli tak, proszę podać okres pobytu w szpitalu _____
15. Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia _____ Jeżeli tak, proszę podać numer polisy _____
16. 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
 - oryginały rachunków, faktur dotyczące poniesionych kosztów,
 - akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
 - inne dokumenty _____

17. Proszę zaznaczyć formę odbioru świadczenia (- właściwe zaznaczyć „x”):

przekazem pocztowym (jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie kosztów przesyłki)

przelewem, imię i nazwisko właściciela rachunku: _____
nr konta bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 /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 ryzyka (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 zadania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani / Pana danych osobowych (w zakresie, w jakim podstawa przetwarzania danych jest przesłanką 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 uszeregowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego); może Pani / Pan przestać 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.