

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):	
	Adres z kodem pocztowym:	
	Nr telefonu:	
	Adres e-mail:	

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 UJAWNIEŃIA 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)

[illegible]

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

.....

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

8.

Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu (zaznaczyć właściwe pole):

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 / Sadu 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 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 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 udzielają 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.

miejsowość, dnia

..... podpis Ubezpieczonego / Uprawnionego

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

OPCJE DODATKOWE

☐	POBYT W SZPITALU UBEZPIECZONEGO:
☐	w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐	w wyniku choroby
	OKRES POBYTU W SZPITALU:
	ROZPOZNANIE CHOROBY:
☐	OPERACJA UBEZPIECZONEGO:
☐	w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐	w wyniku choroby
	DATA OPERACJI:
☐	OPARZENIA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
	DATA ZDARZENIA:
☐	POWAŻNE ZACHOROWANIE (nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, transplantacja głównych organów, śpiączka w wyniku NW powyżej 30 dni)
	ROZPOZNANIE:
	DATA ZDIAGNOZOWANIA:
☐	ŚMIERĆ RODZICA/OPIEKUNA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
	DATA ZGONU:
☐	ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO
	DATA ZGONU:
☐	ROZPOZNANIE U UBEZPIECZONEGO CHORÓB ODZWIERZĘCYCH (BĄBLOWICA, TOKSOPLAZMOZA, TOKSOKAROZA, WŚCIEKLIZNA, KLESZCZOWE ZAPALENIE OPON MÓZGOWYCH, BORELIOZA)
	ROZPOZNANIE:
	DATA ZDIAGNOZOWANIA:
☐	ZWROT KOSZTÓW LECZENIA/POGRZEBU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NW:
	NR FAKTURY:
	KWOTA:



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 4822 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:																					
Okres ubezpieczenia: od <table><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>do</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				-			-					do			-						
		-			-					do			-								
Suma ubezpieczenia: zł słownie																					
Wariant ubezpieczenia																					
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																					
☐ 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: zł słownie																					
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