

Zgłoszenie szkody

Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków

INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

Nr szkody _____ Nr Centrum Alarmowego _____

Zgłaszający szkodę

Imię _____ Nazwisko _____
Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____
Miejscowość _____ Nr PESEL _____
Data i miejsce urodzenia _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Ubezpieczony/ Poszkodowany

Imię i nazwisko _____
Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____
Miejscowość _____ Nr PESEL _____
Data i miejsce urodzenia _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Uprawniony (w przypadku śmierci Ubezpieczo- nego)

Imię i nazwisko	Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość)	Telefon / Adres e-mail	Charakter uprawnionego
			☐ Opiekun prawny ☐ Inny uprawniony
			☐ Opiekun prawny ☐ Inny uprawniony
			☐ Opiekun prawny ☐ Inny uprawniony

Polisa

Seria i numer polisy P W C 0 2 5 3 2 2

Dane dotyczące zdarzenia

Data wypadku / zachorowania _____ Godzina wypadku _____
Dzień Miesiąc Rok

Miejsce zdarzenia (kraj, miejscowość, ulica)

Opis okoliczności zdarzenia

Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć Poszkodowanego? ☐ Nie ☐ Tak Data zgonu _____
Dzień Miesiąc Rok

Doznane obrażenia /nazwa zachorowania (diagnoza lekarska)

Kto i kiedy udzielił Poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się w związku ze zgłaszanym obecnie wypadkiem / zachorowaniem.

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed wypadkiem / zachorowaniem, którego dotyczy zgłoszenie.

Czy na miejscu zdarzenia obecna była (proszę o wpisanie adresu jednostki obecnej na miejscu zdarzenia)?

☐ Policja	Adres
☐ Straż miejska	Adres
☐ Straż pożarna	Adres
☐ Pogotowie ratunkowe	Adres
☐ Inne (	Adres

Czy zdarzenie związane było z:

☐ wypadkiem komunikacyjnym	☐ wykonywaniem pracy zarobkowej	☐ wyczynowym uprawianiem sportu
☐ innymi przyczynami		

Czy Poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? ☐ Nie ☐ Tak

Świadkowie zdarzenia

Imię	Nazwisko		
Adres zamieszkania	Nr domu	Nr lokalu	Kod pocztowy
Miejscowość	Nr PESEL		
Nr dowodu tożsamości	Telefon	Adres e-mail	

Imię	Nazwisko		
Adres zamieszkania	Nr domu	Nr lokalu	Kod pocztowy
Miejscowość	Nr PESEL		
Nr dowodu tożsamości	Telefon	Adres e-mail	

Koszty leczenia

☐ W kwocie	zostały opłacone osobiście przez Ubezpieczonego
☐ W kwocie	zostały opłacone przez Centrum Alarmowe
☐ W kwocie	zostały opłacone przez znajomego lub członka rodziny
☐ W kwocie	pozostają do zapłaty na rzecz wystawcy rachunku

Oprócz roszczeń dotyczących kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków dodatkowo zgłaszam roszczenia z:

**Zwrot
opłaconych
kosztów /
wypłaty
świadczenia**

W jaki sposób Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group ma dokonać zwrotu opłaconych kosztów lub wypłaty świadczenia?

☐ przelewem bankowym na konto

Imię		Nazwisko	
na konto nr		Nr domu	Nr lokalu
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowości		Kod pocztowy	

☐ przekazem pocztowym na adres

Imię		Nazwisko	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowości		Kod pocztowy	

☐ odbiór gotówki w banku

Imię		Nazwisko	
Nr PESEL	Nr dowodu tożsamości		

Czy w związku z tym zdarzeniem przysługuje Panu(i) świadczenie z tytułu innej umowy ubezpieczenia? (jakiej?)

Załączona dokumentacja lekarska

**Klauzula
informacyjna**

Administratorem danych osobowych jest Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-675), ul. Wołoska 22A.

Z administratorem może się Pani/Pan kontaktować pisemnie na adres siedziby administratora, poprzez formularz kontaktowy pod adresem www.wiener.pl lub za pośrednictwem inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email iod@wiener.pl. Z inspektorem ochrony danych może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z Pani/Pana praw związanych z przetwarzaniem danych (z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się od dnia 25 maja 2018 r.).

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

1. wykonania umowy ubezpieczenia w części obejmującej likwidację szkody – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b lub c oraz art. 9 ust. 2 lit. f lub g Rozporządzenia PE i R (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (dalej: RODO);
2. ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest dochodzenie przez niego roszczeń;
3. ewentualnie w celu podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest przeciwdziałanie wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań;
4. reasekuracji ryzyk – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione lub przekazane podmiotom upoważnionym do pozyskania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa, innym zakładom ubezpieczeń i zakładom reasekuracji, audytorom, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu administratora (na podstawie umowy z administratorem, w zakresie przez niego wskazanym i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora), w tym podmiotom przeprowadzającym likwidację szkody. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego na terytorium państwa nienależącego do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), Pani/Pana dane mogą zostać udostępnione lub przekazane do takiego państwa trzeciego, w tym również do państwa niezapewniającego, według Komisji Europejskiej, odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych.

Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu szkody będącej przedmiotem prowadzonego postępowania likwidacyjnego, ewentualnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.

W sytuacji gdy likwidacja szkody jest związana z wykonaniem zawartej z Panią/Panem umowy – przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, np. w celu przekazania danych innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub umownym, w zależności od rodzaju umowy (ubezpieczenie obowiązkowe, dobrowolne), jest konieczne do likwidacji szkody - bez podania danych osobowych nie jest możliwa likwidacja szkody.

**Oświadczenia
Ubezpieczają-
cego**

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group, w imieniu którego występuje upoważniony lekarz wszelkich informacji i dokumentacji lekarskiej o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia, oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie informacji o stanie zdrowia, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej), które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.
2. Zwalniam lekarzy sprawujących nadę mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji z mojego leczenia.
3. W celu usprawnienia i przyspieszenia procesu likwidacji szkody wyrażam zgodę na prowadzenie z Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group korespondencji dotyczącej niniejszego zgłoszenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail. ☐ TAK ☐ NIE
4. W razie złożenia reklamacji do Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group, wnoszę o dostarczanie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną. ☐ TAK ☐ NIE
5. Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Każde niezgodne z prawdą oświadczenie lub inne działania mające na celu wprowadzenie w błąd Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

2 2 0 0 1 7 1 3 9 7

Nr agenta / pośrednika

Data i czytelny podpis Uprawnionego

Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego

PODLEGA UBEZPIECZENIU

mp podpis