

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:

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 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).....

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 ☐ inneProszę 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 ☐ NIEJeżeli 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 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 / chciałyby 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

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 CHOROÓB 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 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 przestanka 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	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:	
Wysokość składki: zł słownie	
Składkę opłacono do dnia:	

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
miejscowość, dnia

.....
podpis Ubezpieczającego

☒ pole wyboru oznaczyć znakiem X