

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków

Nr szkody _____ Nr Centrum Alarmowego _____

ZGŁASZAJĄCY SZKODĘ

Imię _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ PESEL _____

Data i miejsce urodzenia _____ Telefon _____ e-mail _____

UBEZPIECZONY / POSZKODOWANY

Imię _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ PESEL _____

Data i miejsce urodzenia _____ Telefon _____ e-mail _____

UPRAWNIONY (W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO)

Imię i nazwisko	Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość)	Telefon / Adres e-mail	Charakter uprawnionego
			<input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> inny uprawniony
			<input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> inny uprawniony
			<input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> inny uprawniony
			<input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> inny uprawniony

POLISA

Nr polisy _____
Seria Numer

DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Data wypadku / zachorowania _____
Dzień Miesiąc Rok Godzina

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 (jaka instytucja?) 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 _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____ - _____

Miejscowość _____ PESEL _____

Nr dowodu tożsamości _____ Telefon _____ e-mail _____

Imię _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____ - _____

Miejscowość _____ PESEL _____

Nr dowodu tożsamości _____ Telefon _____ 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:

ZWROT OPŁACONYCH KOSZTÓW / WYPŁATY ŚWIADCZENIA

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

- przelewem bankowym na konto

Imię _____ Nazwisko _____

Rachunek bankowy nr _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ - _____

przekazem pocztowym na adres

Imię _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ - _____

odbiór gotówki w banku

Imię _____ Nazwisko _____

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:**

- 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);
- 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;
- 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;
- 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.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

- Wyrażam zgodę na przekazywanie Wiener, 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.
- Zwalniam lekarzy sprawujących nadę mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Wiener dokumentacji z mojego leczenia.
- W celu usprawnienia i przyspieszenia procesu likwidacji szkody wyrażam zgodę na prowadzenie z Wiener korespondencji dotyczącej niniejszego zgłoszenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail. Nie Tak
- W razie złożenia reklamacji do Wiener, wnoszę o dostarczanie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną. Nie Tak
- 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 może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

Nr agenta / pośrednika _____

Data i czytelny podpis Uprawnionego

Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego