

Zgłoszenie szkody - koszty leczenia**Klauzula informacyjna w zakresie danych osobowych**

Informacja wymagana Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (RODO)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest zakład ubezpieczeń: Balcia Insurance SE z siedzibą w Rydze, ul. K. Valdemara 63, Ryga, LV-1142, Łotwa, działająca w Polsce w ramach oddziału pod firmą Balcia Insurance SE Spółka europejska Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 136, 02-305 Warszawa (dalej zwana Administratorem lub Balcia). Z Administratorem można się kontaktować poprzez adres e-mail dpo.contact@balcia.com.

Informacja o wymogu podania danych osobowych

Podanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania wskazanych niżej celów.

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy ubezpieczenia,
- obsługa zgłoszenia szkody i likwidacja szkody – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz, o ile zgłoszono szkodę na osobie, zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstw ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Balcia; uzasadnionym interesem Balcia jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń.

Odbiorcy danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane do RESO Europa Service Sp. z o.o. z siedzibą w Suwałkach - Partnera Generalnego Balcia w Polsce, a także podmiotom takim jak lekarze, rzecznicy, warsztaty naprawcze, podmioty świadczące usługę assistance, doradcy zewnętrzni, kancelarie prawne, dostawcy usług IT, pocztowych i kurierskich, agencje marketingowe, podmioty archiwizujące lub usuwające dane, podmioty przetwarzające dane w celu dochodzenia należności, przy czym podmioty te przetwarzają dane wyłącznie na podstawie umowy zawartej z Balcia.

W przypadkach i w zakresie określonym przez przepisy prawa Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane instytucjom upoważnionym, na przykład organom nadzorującym działalność Balcia, organom ścigania, organom ochrony prawnej.

Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności dotyczących obowiązku przechowywania dokumentów księgowych, podatkowych oraz szkodowych.

Prawa osoby, której dane osobowe dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Balcia,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest zgoda. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- przenoszenia danych (w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i przetwarzanie to odbywa się na podstawie zawartej z Balcia umowy ubezpieczenia), tj. do otrzymania od Balcia danych osobowych w ustrukturuowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Balcia za pośrednictwem wskazanych powyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tzn. do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zgody i upoważnienia

1. Zgodnie z art. 29 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o dokumentach wymaganych do ustalenia odpowiedzialności Balcia:

telefonicznie na numer _____
na e-mail _____

2. Poniższych zgód/upoważnień udziela poszkodowany lub jego przedstawiciel ustawowy:

*Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest zgoda. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

*Prosimy mieć na uwadze, że bez udzielenia poniższej zgody Balcia nie może rozpocząć likwidacji szkody:

- a. TAK NIE Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych szczególnych kategorii, o których mowa w art. 9 ust. 1 lit. 6 RODO, tj. danych dotyczących mojego zdrowia przez Balcia, w celu wykonania umowy ubezpieczenia, obsługi zgłoszenia i likwidacji szkody.
- b. TAK NIE W celu ustalenia prawa do odszkodowania lub świadczenia z ubezpieczenia, a także określenia ich wysokości, upoważniam Balcia do pozyskiwania od wszelkich lekarzy/placówek medycznych, u których/w których byłem leczony/konsultowany informacji o moim stanie zdrowia, w tym wglądu do dokumentacji medycznej, obejmujących zakres wskazany w art. 38 ust. 2 i 3 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.
- c. TAK NIE Upoważniam Balcia do uzyskania na podstawie art. 38 ust. 8 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Balcia oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
- d. TAK NIE Na podstawie art. 26 ust. 1 oraz ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.) niniejszym upoważniam Balcia do wystąpienia do placówek medycznych, w których prowadziłem leczenie o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej i jednocześnie udzielam Balcia zgody na pozyskanie tej dokumentacji medycznej.

Data: ___ / ___ / 20___ _____
(imię i nazwisko)

Pouczenie o odpowiedzialności karnej:

Wypełniając formularz prosimy o podanie informacji prawdziwych, kompletnych i rzetelnych. Przypominamy o odpowiedzialności karnej z art. 298 § 1 Kodeksu Karnego o treści: „Kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące

Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20___

Wykaz dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody

Prosimy o dostarczenie:

1. kopii lub skanu wyciągu z dowodu osobistego Poszkodowanego, a w przypadku, gdy Poszkodowany jest niepełnoletni, kopii lub skanu jego aktu urodzenia oraz kopii lub skanu wyciągu z dowodu osobistego opiekuna prawnego Poszkodowanego,
2. kopii lub skanu dokumentacji medycznej z prowadzonego leczenia,
3. kopii lub skanu pełnomocnictwa, jeśli Poszkodowany jest reprezentowany przez pełnomocnika,
4. kopii lub skanu posiadanych dokumentów związanych ze szkodą, oświadczenie sprawcy zdarzenia, posiadane ekspertyzy medyczne oraz inne dokumenty stwierdzające przyczyny oraz zakres udzielonej pomocy medycznej, notatka policyjna, postanowienie prokuratury lub wyrok sądu, tylko i wyłącznie jeżeli te dokumenty są w posiadaniu zgłaszającego,
5. oryginałów faktur/rachunków dokumentujących poniesione koszty związane ze szkodą.

WAŻNE:

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego druku (czytelnie), nie omijając żadnego z pól.

W przypadku pytań TAK/NIE prosimy używać znaku "X" dla właściwej odpowiedzi.

* niewłaściwie skreślić

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane dotyczące polisy

Data i miejscowość rezerwacji podróży: ___ / ___ / 20___ _____

Data i miejscowość wystawienia polisy: ___ / ___ / 20___ _____

Numer polisy: _____ Numer rezerwacji podróży: _____

Organizator podróży: _____

Data i godzina rozpoczęcia podróży: ___ / ___ / 20___ ___ : ___ Data i godzina zakończenia podróży: ___ / ___ / 20___ ___ : ___

Cel podróży (kraj, miejscowość): _____

Dane osobowe

Dane Poszkodowanego

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____ W przypadku braku nr PESEL, dowód osobisty lub inny dokument tożsamości: _____

Adres zamieszkania

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Adres do korespondencji

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Dane zgłaszającego szkodę

Ubezpieczający Ubezpieczony Poszkodowany Pełnomocnik Inna osoba

Jeżeli zaznaczono "Pełnomocnik" bądź "Inna osoba", prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych oraz dołączenie kopii/skanu pełnomocnictwa do działania w imieniu Poszkodowanego.

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____ W przypadku braku nr PESEL, dowód osobisty lub inny dokument tożsamości: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Informacje dotyczące szkody

Data i godzina wystąpienia szkody: ___ / ___ / 20___ ___ : ___

Miejsce powstania szkody:

Kraj: _____ Miejscowość: _____

Data przyjęcia do placówki medycznej: ___ / ___ / 20___

Rozpoznanie/diagnoza (dokładny opis obrażeń, dolegliwości i okoliczności ich powstania):

W razie potrzeby prosimy kontynuować listę opis na oddzielnej kartce.

Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20___

Czy podobne dolegliwości występowały u poszkodowanego w przeszłości? NIE TAK

Czy do szkody doszło na skutek:

przestępstwa samobójstwa wypadku komunikacyjnego uprawiania sportu - wskazać dysplinę: _____

wykonywania pracy fizycznej - podać jakiej: _____

inna przyczyna - podać jaka: _____

Czy poszkodowany był pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających? NIE TAK

Czy zbadano krew poszkodowanego? NIE TAK

Czy wskutek doznanego urazu poszkodowany był hospitalizowany? NIE TAK od ___/___/20___ do ___/___/20___

Jeśli TAK, należy załączyć kartę leczenia szpitalnego.

Jak nastąpił powrót poszkodowanego do kraju zamieszkania?

planowanym środkiem transportu karetką samolotem ambulansem lotniczym innym (podać jakim) _____

Czy o zdarzeniu zostało poinformowane Centrum pomocy? NIE TAK

Jeśli NIE, dlaczego? _____

Wykaz poniesionych kosztów leczenia

Rachunki i dokumenty potwierdzające płatność za uzyskaną pomoc medyczną, leki przepisane przez lekarza (wraz z kopią recepty), transport.

Opis rachunku (czego dotyczy: np. leki przepisane przez lekarza)	Data wystawienia rachunku	Kwota i waluta rachunku	Opłacona
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___/___/20___	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot kosztów do innych źródeł? NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę i adres:

1. _____
2. _____
3. _____

Czy poszkodowany otrzymał zwrot jakichkolwiek kosztów z innego źródła? NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę i adres:

1. _____
2. _____
3. _____

Dane bankowe do wypłaty odszkodowania

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: _____

Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika

Czytelny podpis: _____

Data: ___/___/20___