

Zgłoszenie szkody - odpowiedzialność cywilna**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 ustrukturyzowanym, 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.

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

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 (tj. 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 potwierdzającej wysokość wyrządzonej szkody (zdjęcia uszkodzeń, dokumentacja medyczna z prowadzonego leczenia itp.),
3. kopii lub skanu pełnomocnictwa, jeśli Poszkodowany jest reprezentowany przez pełnomocnika,
4. kopii lub skanu posiadanych dokumentów związanych ze szkodą, oświadczenia ubezpieczającego (sprawcy wypadku) lub jego pełnomocnika albo opiekuna ustawowego, posiadane ekspertyzy medyczne oraz inne dokumenty stwierdzające przyczynę szkody, notatka policji, postanowienie prokuratury lub wyroku sądu, tylko i wyłącznie jeżeli te dokumenty są w posiadaniu zgłaszającego,
5. oryginałów faktur/rachunków dokumentujących poniesione koszty związane ze szkodą.

Uwaga: Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do weryfikacji roszczenia.

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.

* niewłaściwe skreślić

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane osoby występującej z roszczeniem

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: _____

Dane bankowe do wypłaty odszkodowania

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: _____

Dane Ubezpieczonego

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: _____

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___

___:___

Środek transportu: samochód autobus pociąg samolot inny

Forma podróży: wyjazd samodzielnie zorganizowany wyjazd z biurem podróży wyjazd służbowy

Czy posiada Pan/Pani inne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej?

NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę zakładu ubezpieczeń oraz numer polisy: _____

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

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20___

RESO Europa Service Sp. z o. o.
Partner BALCIA INSURANCE SE w Polsce
ZGŁOSZENIE SZKODY e-mail: likwidacja@reso.com.pl
T +48 87 565 4444, KOM +48 57 595 4444
www.reso.com.pl

Informacje dotyczące szkody

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

Data i godzina stwierdzenia wystąpienia szkody: ____ / ____ / 20 ____ : ____

Miejsce powstania szkody:

Kraj: _____ Miejscowość: _____

Dokładne miejsce zdarzenia (np. ulica, hotel, basen, itp.) _____

Szczegółowy opis zdarzenia i okoliczności powstania szkody: _____

W razie potrzeby prosimy kontynuować opis na oddzielnej kartce.

Czy osoba występująca z roszczeniem składała wniosek o wypłatę odszkodowania do innego zakładu ubezpieczeń? NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę zakładu: _____

Czy osoba występująca z roszczeniem otrzymała jakiegokolwiek odszkodowanie za zgłaszaną szkodę z innego zakładu ubezpieczeń? NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę zakładu: _____

oraz wysokość odszkodowania: _____ PLN

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

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____