

Zgłoszenie Szkody

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 konieczność przetwarzania danych do wykonywania umowy ubezpieczenia,
- obsługa zgłoszenia szkody i likwidacja szkody – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność 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 konieczność 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, rzeczoznawcy, 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.

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 podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

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

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____

Wykaz dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody

1. Gdy Poszkodowany jest niepełnoletni, kserokopia jego aktu urodzenia i innego dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku zgonu Poszkodowanego kserokopia aktu zgonu;
2. Czytelna kserokopia dokumentacji medycznej z prowadzonego leczenia/dokumentacja z przeprowadzonej sekcji zwłok;
3. Kopia pełnomocnictwa do działania w imieniu Poszkodowanego
4. Posiadane dokumenty związane ze szkodą, np. oświadczenie sprawcy zdarzenia, posiadane ekspertyzy medyczne oraz inne dokumenty stwierdzające przyczyny oraz zakres udzielonej pomocy medycznej, notatka policji, postanowienie prokuratora lub wyrok sądu;
5. Czytelne kserokopie faktur/rachunków dokumentujących poniesione koszty leczenia/transportu.

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 dotyczące polisy

Nr polisy: _____

Dane osobowe

Dane Poszkodowanego

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość: _____

Adres zamieszkania

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Adres do korespondencji

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

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: _____

Dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Informacje dotyczące szkody

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

Miejsce powstania szkody:

Województwo: _____

Gmina: _____

Miejscowość: _____

Ulica, nr domu/mieszkania: _____

Adres i nazwa placówki: _____

Rodzaj szkody

☐ Koszty leczenia:

☐ leczenie szpitalne (operacja)

☐ transport Ubezpieczonego

☐ transport zwłok Ubezpieczonego do kraju stałego zamieszkania

☐ NNW:

☐ trwały uszczerbek na zdrowiu

☐ śmierć wskutek NNW

☐ Ubezpieczenie OC w życiu prywatnym:

☐ na mieniu

☐ osobowa - uszczerbek na zdrowiu

Przyczyny powstania szkody i krótki opis obrażeń/przyczyna i okoliczności wystąpienia zgonu

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

Rozpoznanie/diagnoza: _____

Imię i nazwisko lekarza przyjmującego do szpitala: _____

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

Czy poszkodowany był wcześniej leczony na terenie kraju stałego zameldowania lub terenie Rzeczypospolitej z powodu dolegliwości, jakie były przyczyną hospitalizacji w zakresie zgłaszanej szkody? ☐ NIE ☐ TAK

Od kiedy Ubezpieczony cierpiat na te dolegliwości? ____ / ____ / 20 ____

Kiedy miała miejsce pierwsza porada w tej sprawie? ____ / ____ / 20 ____

Data wypisu z placówki medycznej: ____ / ____ / 20 ____

Imię i nazwisko lekarza wypisującego z placówki medycznej: _____

Przyczyna zgłoszenia roszczenia: _____

Spis Poszkodowanych; rodzaj urazu/przyczyna zgonu; wykaz roszczeń

Lp.	Imię i Nazwisko Roszczącego (w przypadku roszczeń z tytułu śmierci osoby bliskiej należy podać stopień pokrewieństwa)	Data urodzenia Roszczącego	Nazwa urazu/przyczyna śmierci z aktu zgonu	Wartość roszczenia (w PLN)
1				- poniesione koszty _____ - inne _____
2				- poniesione koszty _____ - inne _____
3				- poniesione koszty _____ - inne _____
4				- poniesione koszty _____ - inne _____
5				- poniesione koszty _____ - inne _____

Dane bankowe do wypłaty odszkodowania

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: _____

Informacje dodatkowe

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

☐ Policja/Prokuratura _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
☐ Dyrekcja szpitala _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
☐ Inne _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____

Czy któreś z kosztów leczenia zostały opłacone przez Poszkodowanego?

☐ NIE ☐ TAK Jeżeli TAK, to które i w jakiej wysokości: _____

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

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____