

Zgłoszenie szkody majątkowej z ubezpieczenia OC: Dom Pakiet Biznes Pakiet

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 przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Balcia; uzasadnionym interesem Balcia jest możliwość przeciwdziałania i ścigania 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.

Zgoda na otrzymywanie informacji w inny sposób niż na piśmie

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 _____

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

Pouczenie o odpowiedzialności karnej:

Wypełniając formularz prosimy o podanie informacji prawdziwych, kompletnych i rzetelnych. Przypominamy o odpowiedzialności karnej przewidzianej w 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 odbioru odszkodowania / jego Przedstawiciela ustawowego / Pełnomocnika *

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20__

WAŻNE:

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

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane polisy sprawcy szkody

Seria/nr polisy: _____

Ważna od: ___ / ___ / 20___ do: ___ / ___ / 20___

Dane dotyczące Uczestników

Dane Ubezpieczającego

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Dane Ubezpieczonego

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Dane Poszkodowanego

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Zgłaszający szkodę

Ubezpieczający Ubezpieczony Poszkodowany Pełnomocnik Inna osoba (podać jaka) _____

Jeżeli zaznaczono "Pełnomocnik" bądź "Inna osoba", prosimy o wypełnienie poniższych danych:

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Informacje dotyczące szkody

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

Miejsce powstania szkody:

Województwo: _____

Gmina: _____

Miejscowość: _____

Ulica, nr domu/mieszkania: _____

Czy istnieją świadkowie zdarzenia? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać:

1. Imię i Nazwisko: _____ Telefon: _____

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

2. Imię i Nazwisko: _____ Telefon: _____

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

3. Imię i Nazwisko: _____ Telefon: _____

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

Przyczyny i okoliczności powstania szkody

Podpis Poszkodowanego / Uprawnionego do odbioru odszkodowania / jego Przedstawiciela ustawowego / Pełnomocnika *

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20___

Wykaz uszkodzonego/zniszczonego/utraconego mienia

Lp.	Nazwa przedmiotu (marka, typ, rodzaj, znak)/wykaz zniszczonych nieruchomości/mienia ruchomego	Liczba/Ilość	Rok budowy/Data zakupu	Wartość/Wartość zakupu (PLN)	Wartość roszczenia (PLN)
1					
2					
3					
4					
5					

Łączna szacunkowa wartość roszczenia (PLN) _____

(słownie: _____)

Czy mienie jest przedmiotem cesji/leasingu? * NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres cesjonariusza/leasingodawcy: _____

Numer księgi wieczystej nieruchomości

(informacja konieczna w celu ustalenia osób uprawnionych do odbioru odszkodowania)

..... / /
kod wydziału numer cyfra kontrolna

Dane pojazdu poszkodowanego

Marka: _____ Typ: _____ Model: _____
Nr nadwozia (VIN): _____ Nr rejestracyjny: _____ Rok produkcji: _____
Seria i nr dow. rejestracyjnego: _____ Barwa i nr lakieru: _____

Czy pojazd jest przedmiotem zastawu? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres podmiotu: _____

Czy w związku ze szkodą podpisano umowę cesji (przelewu prawa do odszkodowania)? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres podmiotu, który nabył to prawo: _____

Czy pojazd jest przedmiotem cesji/leasingu? * NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres cesjonariusza/leasingodawcy: _____

Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie AC? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: _____ Nr polisy: _____

Wysokość odszkodowania

Wnioskuje o wyliczenie wysokości odszkodowania według:

- Faktur lub rachunków przedłożonych przez Ubezpieczonego/Poszkodowanego
 Kalkulacji, zestawienia kosztów sporządzonego przez Ubezpieczonego/Poszkodowanego (w przypadku usuwania skutków szkody we własnym zakresie)
 Kalkulacji sporządzonej przez Balcia Insurance SE

Oświadczenie VAT

Czy poszkodowany ma możliwość odliczenia podatku VAT od kosztów naprawy uszkodzonego mienia? NIE TAK

Jeśli TAK, w jakiej wysokości? %

Podpis Poszkodowanego / Uprawnionego do odbioru odszkodowania / jego Przedstawiciela ustawowego / Pełnomocnika *

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20__

Numer konta bankowego Poszkodowanego/uprawnionego do odbioru 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. ____ : ____
- Straż Pożarna _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
- Administracja/właściciel budynku _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
- Zarządca budynku _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
- Inny podmiot _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____

Czy Poszkodowany ubiega się lub ubiegał o odszkodowanie z tytułu uszkodzonego mienia w innym zakładzie ubezpieczeń?

NIE TAK Jeżeli TAK, prosimy podać:

Nazwa Zakładu Ubezpieczeń: _____

Nr polisy: _____

Czy odszkodowanie zostało przyznane?

NIE TAK Jeżeli TAK, w jakiej wysokości?

Czy Poszkodowany pozostaje z Ubezpieczonym (sprawcą) we wspólnym gospodarstwie domowym?

NIE TAK

Czy w sprawie prowadzone jest postępowanie karne?

NIE TAK Jeżeli TAK, wskazać organ prowadzący sprawę

Do zgłoszenia szkody dołączono dokumenty:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Podpis Poszkodowanego / Uprawnionego do odbioru odszkodowania / jego Przedstawiciela ustawowego / Pełnomocnika *

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____

właściwie zakreślić TAK NIE

* niepotrzebne skreślić

RESO Europa Service Sp. z o.o.
Partner BALTICA 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