

Zgłoszenie Szkody (szkoda osobowa uszczerbek/osobowa po śmierci*)

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 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 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.

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 (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 zgodny 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

1. Gdy Poszkodowany jest niepełnoletni, kopia lub skan jego aktu urodzenia i kopia lub skan wyciągu dowodu osobistego opiekuna prawnego; w przypadku zgonu Poszkodowanego kopia lub skan aktu zgonu; w przypadku Ubezpieczonego/Ubezpieczającego dokument wskazujący pełnienie funkcji nadzorczych nad placówką.
2. Czytelna kserokopia dokumentacji medycznej z prowadzonego leczenia/dokumentacja z przeprowadzonej sekcji zwłok; w przypadku Ubezpieczonego/Ubezpieczającego pismo roszczeniowe otrzymane od Poszkodowanego.
3. Kopia pełnomocnictwa do działania w imieniu Poszkodowanego
4. Posiadane dokumenty związane ze szkodą, np. oświadczenie sprawcy zdarzenia, posiadane ekspertyzy medyczne, notatka policji, postanowienie prokuratora lub wyrok sądu.

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 dotyczące Uczestników

Dane Poszkodowanego

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

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/skamu pełnomocnictwa do działania w imieniu Poszkodowanego.

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

e-mail: _____

Informacje dotyczące szkody

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

Miejsce powstania szkody:

Województwo: _____

Miejscowość: _____

Adres i nazwa placówki: _____

Gmina: _____

Ulica, nr domu/mieszkania: _____

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

Data przyjęcia do szpitala: ___ / ___ / 20___

Rozpoznanie/diagnoza: _____

Imię i nazwisko lekarza przyjmującego do szpitala: _____

Czy poszkodowany był wcześniej leczony w ubezpieczonym szpitalu? NIE TAK

Data wypisu ze szpitala: ___ / ___ / 20___

Imię i nazwisko lekarza wypisującego ze szpitala: _____

Przyczyna zgłoszenia roszczenia: _____

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

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20___

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				- zadośćuczynienie _____ - poniesione koszty _____ - inne _____
2				- zadośćuczynienie _____ - poniesione koszty _____ - inne _____
3				- zadośćuczynienie _____ - poniesione koszty _____ - inne _____
4				- zadośćuczynienie _____ - poniesione koszty _____ - inne _____
5				- zadośćuczynienie _____ - 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 Ubezpieczony został pozwany przez Poszkodowanego?

- NIE TAK Jeżeli TAK, prosimy podać:

Sygnaturę sprawy i nazwę sądu: _____ Datę powództwa: ____ / ____ / 20 ____

Imię i Nazwisko osoby reprezentującej Poszkodowanego: _____

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

Telefon: _____ E-mail: _____

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

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____