

Zgłoszenie Szkody (na osobie w przypadku uszczerbku na zdrowiu)

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 Rydzu, 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, obejmującej 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__

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

Wykaz dokumentów

Kopie niżej wymienionych dokumentów są niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody.

Prosimy o dostarczenie:

1. Gdy poszkodowany jest małoletni, kopia lub skan jego aktu urodzenia oraz wyciąg z dowodu osobistego opiekuna prawnego poszkodowanego.
2. Dokumentacja medyczna prowadzonego leczenia.
3. Pełnomocnictwo - jeśli poszkodowany jest reprezentowany przez pełnomocnika.
4. Oświadczenie sprawcy spisane na miejscu zdarzenia – jeśli zostało sporządzone.
5. Notatka policji, tylko i wyłącznie jeżeli jest w posiadaniu.
6. Wyrok sądu, tylko i wyłącznie jeżeli jest w posiadaniu.
7. Wszelkie dowody potwierdzające wysokość kosztów lub strat poniesionych w związku z doznaną szkodą na osobie (np. kosztów leczenia, utraconych dochodów, uszkodzonych rzeczy), tylko i wyłącznie jeżeli są w posiadaniu.

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 poszkodowanego

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

e-mail: _____

Dane opiekunów zgłaszających szkodę (jeżeli roszczęcy jest osobą niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną)

Imię i nazwisko: _____

Stopień pokrewieństwa: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

PESEL: _____

Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

E-mail: _____

Imię i nazwisko: _____

Stopień pokrewieństwa: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

PESEL: _____

Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

E-mail: _____

Dane pełnomocnika zgłaszającego szkodę (w przypadku braku - nie dotyczy)

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

PESEL/REGON: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

e-mail: _____

Dane dotyczące sprawy zdarzenia

Właściciel pojazdu

Imię i nazwisko/Nazwa firmy*: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

PESEL/REGON: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

E-mail: _____

Kierujący pojazdem

Seria i nr prawa jazdy: _____

Kategoria: _____

Ważne od: ___ / ___ / 20___

do: ___ / ___ / 20___

W chwili zdarzenia pojazdem kierował:

Właściciel

Inny

Jeśli zaznaczono pole „Inny”, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Imię i nazwisko: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

PESEL: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

E-mail: _____

Dane pojazdu sprawcy

Marka: _____

Model: _____

Typ: _____

Barwa: _____

Nr rejestracyjny: _____

Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie OC:

NIE

TAK

Jeśli TAK, prosimy podać Nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: _____

Nr polisy: _____

Datę ważności polisy: od ___ / ___ / 20___ do: ___ / ___ / 20___

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 zdarzenia

Data i godzina wystąpienia zdarzenia: ___ / ___ / 20___ __:___

Miejsce powstania zdarzenia:

Kraj: _____ Województwo: _____ Gmina: _____

Miejscowość/Trasa (km): _____

Ulica, nr domu (lokalu), skrzyżowanie, rondo: _____

Teren zabudowany: NIE TAK

Szczegółowy opis zdarzenia

Prosimy o dokładne opisanie okoliczności powstania zdarzenia (przyczyna zdarzenia, sytuacja na drodze, prędkość pojazdów, warunki atmosferyczne, zachowanie uczestników zdarzenia, kto wezwał Policję, kto udzielił pierwszej pomocy, itp.):

Rodzaj obrażeń doznanych w zdarzeniu (krótki opis):

Roszczenia

Proszę określić rodzaj i wysokość roszczenia:

koszty leczenia: _____ PLN

zadośćuczynienie: _____ PLN

inne: _____

Stan zdrowia poszkodowanego przed zdarzeniem

Istniejące przed zdarzeniem uszkodzenia ciała:

Prowadzone leczenie

Czy nastąpiło leczenie szpitalne? NIE TAK od ___ / ___ / 20___ do: ___ / ___ / 20___

Czy nastąpiło leczenie ambulatoryjne? NIE TAK od ___ / ___ / 20___ do: ___ / ___ / 20___

Czy została przeprowadzona rehabilitacja? NIE TAK od ___ / ___ / 20___ do: ___ / ___ / 20___

Czy poszkodowany przebywał na zwolnieniu lekarskim? NIE TAK od ___ / ___ / 20___ do: ___ / ___ / 20___

Czy leczenie zostało zakończone? NIE TAK

Jeśli NIE, prosimy podać przewidywaną datę zakończenia leczenia: ___ / ___ / 20___

Jeśli TAK, prosimy podać datę zakończenia leczenia: ___ / ___ / 20___

Czy rachunki za poniesione koszty leczenia zostały opłacone? NIE TAK

Jeśli TAK, w jakiej wysokości: _____ PLN

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

