

Zgłoszenie Szkody (na osobie w przypadku poniesienia 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 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.

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 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

Wykaz dokumentów

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

Prosimy o dostarczenie:

1. Akt zgonu, akt urodzenia, akt małżeństwa w zależności kim jest osoba roszcząca względem osoby zmarłej.
2. Dokumentacja medyczna określająca przyczynę zgonu.
3. Pełnomocnictwo, jeśli roszczący jest reprezentowany przez pełnomocnika lub opiekuna.
4. Notatka policji, tylko i wyłącznie jeżeli jest w posiadaniu.
5. Wyrok sądu, tylko i wyłącznie jeżeli jest w posiadaniu.
6. Wszelkie dowody potwierdzające wysokość kosztów lub strat poniesionych w związku z doznaną szkodą na osobie, np. kosztów poniesionych w związku z pogrzebem lub leczeniem zmarłego od chwili wypadku do chwili zgonu, uszkodzonych rzeczy.

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.

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane osoby zmarłej

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Stan cywilny: _____ Data zgonu: ___ / ___ / 20___

Wykształcenie: _____ Zawód wykonywany: _____

Ostatni adres zamieszkania zmarłego: _____

Okres zamieszkania pod danym adresem: _____

Dane rodziny osoby zmarłej

Liczba posiadanych dzieci: _____

1. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 2. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____

3. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 4. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____

Liczba rodzeństwa: _____

1. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 2. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____

3. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 4. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____

Rodzice:

1. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 2. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____

Dziadkowie:

1. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 2. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____

3. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 4. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____

Dane osoby roszczącej

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: _____ Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

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

Telefon: _____ E-mail: _____

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

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Stopień pokrewieństwa: _____ Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

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

Telefon: _____ E-mail: _____

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Stopień pokrewieństwa: _____ Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

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

Telefon: _____ E-mail: _____

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

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

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

Telefon: _____ e-mail: _____

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

Roszczenia

Prosimy określić rodzaj i wysokość roszczenia:

- zadośćuczynienie: _____ PLN
- koszty pochówku: _____ PLN
- odszkodowanie z tytułu pogorszenia sytuacji życiowej roszczącego _____ PLN
- koszty leczenia osoby zmarłej: _____ PLN
- inne: _____

Informacje dodatkowe

Poszkodowany był uczestnikiem wypadku jako: Pasażer Kierowca Pieszy Rowerzysta

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

- Policja _____ NAZWA _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
- Przyjechała Nie przyjechała Sporządziła protokół Nie sporządziła protokołu
- Straż Pożarna _____ NAZWA _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
- Przyjechała Nie przyjechała Sporządziła protokół Nie sporządziła protokołu

Czy sprawa trafiła do sądu?

NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Numer sprawy: _____ Nazwa i adres jednostki: _____

Czy została udzielona pierwsza pomoc?

NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Nazwa jednostki/osoby: _____

Adres jednostki/osoby: _____

Czy zmarły w chwili zdarzenia był zapięty pasami bezpieczeństwa?

NIE TAK

Czy zmarły przed zdarzeniem spożywał alkohol lub inne środki odurzające?

NIE TAK

Czy inni uczestnicy zdarzenia spożywali przed zdarzeniem alkohol lub inne środki odurzające?

NIE WIEM NIE TAK

Jeśli TAK, kto?: _____

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu zbiegł z miejsca zdarzenia?

NIE TAK

Jeśli TAK, kto?: _____

Czy wypadek był jednocześnie wypadkiem przy pracy?

NIE TAK

Jak często Pan/i odwiedzał/a zmarłego:

Czy zamieszkiwał/a Pan/i pod tym samym adresem co zmarły?

NIE TAK

Opis cierpienia osoby roszczącej po stracie osoby zmarłej:

Stan zdrowia osoby zmarłej przed zdarzeniem (wg wiedzy posiadanej przez roszczącego)

Istniejące przed zdarzeniem choroby i uszkodzenia ciała:

Dane bankowe do wypłaty świadczenia

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: _____

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