

Zgłoszenie szkody - Moto Assistance

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

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 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

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

Prosimy o dostarczenie:

1. potwierdzenia wykupienia ubezpieczenia/potwierdzenia dokonania rezerwacji podróży,
2. oryginałów rachunków z tytułu poniesionych kosztów,
3. opisu okoliczności wypadku,
4. w przypadku wypadku komunikacyjnego, prosimy załączyć notatkę policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawy.

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.

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.

* niewłaściwie skreślić

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane dotyczące polisy

Data i miejscowość wystawienia polisy: ___ / ___ / 20___ _____

Numer polisy: _____ Numer rezerwacji podróży: _____

Dane pojazdu: numer rejestracyjny _____ marka _____ model _____

Data i godzina rozpoczęcia podróży: ___ / ___ / 20___ ___:___ Data i godzina zakończenia podróży: ___ / ___ / 20___ ___:___

Cel podróży (kraj, miejscowość): _____

Dane osobowe

Dane Poszkodowanego

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____ W przypadku braku nr PESEL, dowód osobisty lub inny dokument tożsamości: _____

Adres zamieszkania

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Adres do korespondencji

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

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: _____ W przypadku braku nr PESEL, dowód osobisty lub inny dokument tożsamości: _____

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Informacje dotyczące szkody

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

Miejsce zdarzenia: Kraj: _____ Miejscowość: _____

Szczegółowy opis okoliczności: _____

Czy do zdarzenia doszło na skutek:

awarii wypadku komunikacyjnego inny - wskazać przyczynę zdarzenia: _____

Czy ubezpieczony był pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających? NIE TAK

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

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20___

Czy ubezpieczony powiadomił o zdarzeniu Centrum pomocy?

NIE TAK

Jeśli NIE, dlaczego?

Wykaz poniesionych kosztów

Rachunki i dokumenty potwierdzające płatność za uzyskaną pomoc Assistance.

Opis rachunku (czego dotyczy)	Data wystawienia rachunku	Kwota i waluta rachunku	Opłacona
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
_____	___ / ___ / 20__	_____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

W razie potrzeby prosimy kontynuować listę rachunków na oddzielnej kartce.

Podstawą zwrotu poniesionych kosztów jest przedłożenie oryginałów rachunków.

Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot kosztów do innych źródeł?

NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę i adres:

- _____
- _____
- _____

Czy poszkodowany otrzymał zwrot jakichkolwiek kosztów z innego źródła?

NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę adres jednostki oraz wysokość zwrotu:

- _____
- wysokość otrzymanego zwrotu: _____ PLN
- _____
- wysokość otrzymanego zwrotu: _____ PLN
- _____
- wysokość otrzymanego zwrotu: _____ PLN

Dane bankowe do wypłaty odszkodowania

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__