

Zgłoszenie szkody - odstąpienie od umowy podróży lub przerwanie podróży**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 przestępstw 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.

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

W przypadku zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia należy przedłożyć umowę z organizatorem podróży i dokument potwierdzający wysokość poniesionych kosztów rezygnacji oraz następujące dokumenty:

• Nagłe zachorowanie:

- wypełniony przez lekarza formularz medyczny,
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy zachorowanie dotyczy osoby, która nie jest współuczestnikiem wycieczki.

• Nieszczęśliwy wypadek:

- wypełniony przez lekarza formularz medyczny wraz z pieczęcią placówki medycznej oraz pieczęcią lekarza,
- dokładny opis okoliczności wypadku,
- jeżeli uraz powstał wskutek wypadku komunikacyjnego, prosimy załączyć notatkę policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawy,
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy uraz dotyczy osoby, która nie jest współuczestnikiem wycieczki.

• Zgon:

- kopię aktu zgonu,
- w przypadku zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku prosimy podać okoliczności wypadku,
- kartę zgonu lub inny dokument potwierdzający jego przyczynę,
- jeżeli zgon był skutkiem wypadku komunikacyjnego, prosimy załączyć notatkę policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawy,
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa – gdy zmarły nie był uczestnikiem wycieczki.

• Szkoda w mieniu:

- notatka policji o zdarzeniu,
- inny dokument wystawiony przez właściwe służby potwierdzający wystąpienia zdarzenia (np. notatka straży pożarnej lub IMiGW),
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy szkoda dotyczy osoby, która nie jest współuczestnikiem wycieczki.

• Wyznaczenie daty rozpoczęcia pracy:

- zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie bezrobotnego,
- umowa o pracę.

• Zwolnienie z pracy:

- wypowiedzenie umowy o pracę,
- umowa o pracę,
- świadcstwo pracy – gdy umowa o pracę uległa rozwiązaniu.

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 rezerwacji podróży: ___ / ___ / 20___ _____

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

Numer polisy: _____ Numer rezerwacji podróży: _____

Organizator podróży: _____

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

Cel podróży (kraj, miejscowość): _____

Środek transportu: samochód autobus pociąg samolot inny

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

Dane osób, które anulowały podróż:

Imię i nazwisko _____ PESEL lub data urodzenia _____

Imię i nazwisko _____ PESEL lub data urodzenia _____

Imię i nazwisko _____ PESEL lub data urodzenia _____

Imię i nazwisko _____ PESEL lub data urodzenia _____

Imię i nazwisko _____ PESEL lub data urodzenia _____

Imię i nazwisko _____ PESEL lub data urodzenia _____

Imię i nazwisko _____ PESEL lub data urodzenia _____

Imię i nazwisko _____ PESEL lub data urodzenia _____

W razie potrzeby prosimy kontynuować listę na oddzielnej karcie.

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

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20___

Powód odstąpienia od umowy podróży lub przerwania podróży

medyczny: nagle zachorowanie nieszczęśliwy wypadek śmierć choroba przewlekła

szkoda w mieniu powstała w wyniku: przestępstwa - wskaż, jakiego: _____
 zdarzenia losowego - wskaż, jakiego: _____

inna przyczyna: utrata pracy rozpoczęcie pracy inna - jaka? _____

Przyczyny powstania zdarzenia

przestępstwo samobójstwo wypadek komunikacyjny
 wykonywanie pracy fizycznej - wskaż, jakiej: _____
 inna przyczyna - wskaż, jaka: _____

Prosimy o dokładny opis dolegliwości, rodzaju doznanego urazu wraz z okolicznościami jego powstania oraz diagnozą:

W razie potrzeby prosimy kontynuować opis na oddzielnej karcie.

Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej, w którym Poszkodowany leczył się w okresie ostatnich 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy Ubezpieczenia Podróży: _____

Dane osoby, z powodu której nastąpiło odstąpienie od umowy podróży lub przerwanie podróży:

Imię _____ Nazwisko _____

Czy jest to współuczestnik podróży? NIE TAK

Jeśli NIE, prosimy podać stopień pokrewieństwa z uczestnikami wycieczki i dołączyć dokument potwierdzający pokrewieństwo:

Data zdarzenia będącego przyczyną odstąpienia od umowy podróży lub przerwania podróży: ___ / ___ / 20__

Data zgłoszenia odstąpienia od umowy podróży lub przerwania podróży organizatorowi: ___ / ___ / 20__

Opłata związana z odstąpieniem od umowy podróży lub przerwaniem podróży: _____
kwota waluta

Czy Poszkodowany składał wniosek o zwrot kosztów do innych źródeł? NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę: _____

Czy Poszkodowany otrzymał jakiegokolwiek zwrot kosztów z innego źródła? NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę: _____

oraz wysokość otrzymanego zwrotu: _____ PLN

Czy Poszkodowany posiada inne ubezpieczenie obejmujące zakresem zwrot kosztów odstąpienia od umowy podróży lub przerwania podróży? NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę zakładu ubezpieczeń oraz numer polisy: _____

Czy Poszkodowany posiada kartę bankową oferującą ubezpieczenie obejmujące zakresem zwrot kosztów odstąpienia od umowy podróży lub przerwania podróży? NIE TAK

Jeśli TAK, należy podać nazwę banku, numer karty oraz nazwę zakładu ubezpieczeń: _____

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__