

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA z umowy ubezpieczenia placówek oświaty

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA/OPIEKUN OSOBY UBEZPIECZONEJ

1. Numer polisy
2. Imię i nazwisko Osoby Poszkodowanej
3. Data urodzenia Osoby Poszkodowanej [DD-MM-RRRR]
4. Numer PESEL Osoby Poszkodowanej
5. Imiona rodziców
6. Adres korespondencyjny
7. Adres e-mail do rodziców*
8. Numer kontaktowy do rodziców*

* Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszy  proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.

9. **Potwierdzenie ubezpieczenia – podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie oraz pieczętka szkoły**
 - 1) **Nazwa szkoły**
 - 2) **Adres szkoły**
 - 3) **Numer telefonu**
 - 4) **Data wypełnienia** [DD-MM-RRRR]

.....
podpis osoby potwierdzającej

.....
pieczętka szkoły

10. Data i miejsce wypadku
11. Opis okoliczności wypadku, doznanych obrażeń oraz nazwiska ewentualnych świadków
12. Okres leczenia szpitalnego (prosimy dołączyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego)
od [DD-MM-RRRR] do [DD-MM-RRRR]
13. Nazwa ośrodka i adres

WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY

Jeżeli Osoba Ubezpieczona posiada dokumenty medyczne zawierające diagnozę oraz opis przebiegu leczenia, wypełnienie pkt 14 przez lekarza nie jest wymagane.

14. Data wypadku, diagnoza, opis przebiegu leczenia, data zakończenia leczenia

.....

.....

data

podpis i pieczęć lekarza

15. Czy leczenie zostało zakończone? TAK NIE

UWAGA! Zgodnie z artykułem 815 § 3 Kodeksu cywilnego zatajenie prawdy lub złożenie oświadczeń niezgodnych z prawdą, a istotnych i wymaganych przez Towarzystwo, spowoduje unieważnienie roszczenia.

DOKUMENTACJA ROSZCZENIOWA

Do niniejszego formularza należy dołączyć kopię/skan:

- 1) pełnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem (kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego oraz zaświadczenia o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji)
- 2) raportów policyjnych oraz wyniku badania na zawartość alkoholu we krwi Osoby Ubezpieczonej (jeżeli zostały sporządzone)
- 3) oryginałów rachunków za powypadkowe leczenie (jedynie w przypadku wybrania wariantu ubezpieczenia obejmującego zwrot kosztów leczenia powypadkowego)
- 4) w przypadku rozbieżności nazwisk Zgłaszającego i Osoby poszkodowanej prosimy o przesłanie dokumentacji potwierdzającej, iż Zgłaszający wniosek jest prawnym opiekunem Osoby Poszkodowanej.

Jeśli roszczenie dotyczy Śmierci Osoby Ubezpieczonej należy dołączyć:

- 1) dokumentację medyczną stwierdzającą bezpośrednią przyczynę zgonu
- 2) raport prokuratury
- 3) wynik sekcji zwłok (jeśli została przeprowadzona)
- 4) oświadczenie o ustanowieniu Beneficjenta
- 5) odpis Aktu Małżeństwa lub odpis Aktu Urodzenia (jeśli Beneficjentem jest potomstwo lub małżonek Osoby Ubezpieczonej)
- 6) potwierdzoną notarialnie kopię dowodu osobistego Beneficjenta
- 7) oryginał aktu zgonu lub kopię potwierdzoną notarialnie.

DYSPOZYCJA WYPŁATY

Przyznane świadczenie proszę przekazać

na rachunek bankowy nr

nazwa banku

właściciel rachunku

przekazem pocztowym na adres

W poniższych oświadczeniach prosimy zaznaczyć odpowiednie pola.

Oświadczenia Zgłaszającego

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej, ja niżej podpisany/-a zaświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie w formularzu informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażenie zgody na poniższe oświadczenia jest dobrowolne. Jednakże wyrażenie zgody na **przetwarzanie danych o stanie zdrowia jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia**. Ponadto, wyrażając poniższe zgody w imieniu osoby, której dane dotyczą, oświadczasz, że jesteś osobą upoważnioną do tego celu.

TAK NIE Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Colonnade danych osobowych zawartych w załączonej dokumentacji, w szczególności danych o stanie zdrowia, w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

Oświadczenia dodatkowe

TAK NIE Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Colonnade od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia, oraz ustalenie prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych).

TAK NIE Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na wniosek Colonnade w związku z weryfikacją moich danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, danych (nazw i adresów) świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1844 z późn. zm.).

- TAK NIE Wyrażam zgodę, aby inne zakłady ubezpieczeń udostępniały Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce moje dane osobowe przetwarzane przez te zakłady – w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa Ubezpiezonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także zgadzam się na udzielenie posiadanych przez te zakłady informacji o przyczynie śmierci Ubezpiezonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- TAK NIE Chcę otrzymywać od Colonnade dokumenty związane z postępowaniem dotyczącym zgłoszonej szkody na podany adres e-mail.
- TAK NIE Chcę, aby Colonnade udzielała informacji dotyczących statusu postępowania w sprawie roszczenia, w tym przekazywała treści pism/decyzji związane ze zgłaszanym roszczeniem Ubezpieczającemu uczestniczącemu w postępowaniu.

.....
czytelny podpis

ZASADY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest Colonnade Insurance S.A. działająca w Polsce przez oddział (dalej: Colonnade lub Administrator). Celem przetwarzania danych osobowych jest wykonanie umowy ubezpieczenia, które stanowi podstawę prawną ich przetwarzania. W przypadku innych osób niż Ubezpieczający podstawę prawną przetwarzania stanowi uzasadniony interes Administratora, którym jest wykonanie umowy. Podstawą prawną przetwarzania danych dotyczących stanu zdrowia jest zgoda.

Dane osobowe mogą być również przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, a konieczność ich przetwarzania wynika zawsze z przepisów prawa (dotyczących: działalności ubezpieczeniowej, rozpatrywania reklamacji, kwestii podatkowych i księgowych, obowiązków statystycznych i aktuarialnych oraz ochrony konsumentów), a także w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora (tj. zapobieganie szkodom Administratora poprzez przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, zapewnienie zgodności w zakresie międzynarodowych sankcji poprzez prowadzenie analiz, a także dochodzenie lub obrona przed roszczeniami wynikającymi z działalności Administratora, w tym podejmowanie niezbędnych działań dla ich zabezpieczenia).

Dane osobowe mogą być ujawnione innym podmiotom jedynie w związku z realizacją wyżej wymienionych celów i na podstawie pisemnej umowy (m.in. dostawcom usług IT, pośrednikom ubezpieczeniowym, likwidatorom szkód, windykatorom), a także innym podmiotom w związku z usprawiedliwionym celem Administratora (m.in. zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, instytucjom płatniczym, podmiotom świadczącym bezpośrednio usługi na rzecz poszkodowanego).

Dane osobowe, w zależności od celu, są przetwarzane zawsze nie dłużej niż to wynika z okresu przedawnienia roszczeń lub przepisów prawa. Dane osobowe mogą być przekazane do państw trzecich (poza Europejski Obszar Gospodarczy) jedynie w sytuacjach określonych przez prawo, w szczególności gdy zostaną spełnione warunki zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa danych osobowych. W celu przestrzegania ustanowionych sankcji międzynarodowych dane osobowe mogą zostać przekazane spółce DXC Technology z siedzibą w Stanach Zjednoczonych, która przystąpiła do programu Privacy Shield, co oznacza, że zapewnia stosowanie odpowiednich środków ochrony i bezpieczeństwa danych osobowych wymaganych przez przepisy europejskie.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (zarówno w Polsce, jak i w Luksemburgu), a także prawo do cofnięcia wyrażonych zgód. Podanie danych osobowych jest konieczne do wykonania umowy ubezpieczenia oraz wypełnienia obowiązków prawnych Colonnade. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe rozpatrzenie roszczenia. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne, tak samo jak adresu e-mail, chyba że wyrazisz zgodę na otrzymywanie dokumentacji w wersji elektronicznej lub ich podanie jest wymagane do zachowania bezpieczeństwa przesyłanych informacji (przekazywanie hasel).

Z Administratorem można się kontaktować, pisząc na adres oddziału Colonnade, dzwoniąc pod numer 22 528 51 00 oraz wysyłając e-mail: info@colonnade.pl. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności w sprawie skorzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, sprzeciwu, przekazywania danych poza obszar EOG, można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych w Colonnade (dpo@colonnade.pl) lub wysłać pismo na adres oddziału Colonnade.