SALTUS UBEZPIECZENIA	**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE** **NASTĘPSTWA NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**	Nr roszczenia	Data wpływu do SALTUS TUW

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Dane Ubezpieczającego			
Suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	☐ 10.000 zł	☐ 20.000 zł	☐ 30.000 zł

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko: ..... PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres do korespondencji:

Ulica ..... Nr domu/Nr mieszkania .....

Telefon kontaktowy: .....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

DANE DOTYCZĄCE ROSZCZENIA - następstwa nieszczęśliwych wypadków

☐ świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

☐ świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku data śmierci ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

DANE DOTYCZĄCE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

.....	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Miejsce wystąpienia nieszczęśliwego wypadku	Data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

Przyczyna i okoliczności wypadku, rodzaj doznanych obrażeń.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy w momencie powstania zdarzenia Ubezpieczony(a) był(a) w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających ☐ TAK ☐ NIE

Czy Ubezpieczony(a) kontaktował(a) się z Centrum Pomocy? ☐ TAK ☐ NIE

Czy Ubezpieczony(a) otrzymał(a) świadczenia z tytułu poniesionego uszczerbku lub zgonu innego źródła? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, proszę podać informacje o kwocie wypłaty, przez kogo została wypłacona, jeśli przez innego Ubezpieczyciela proszę podać nr polisy

.....

SZnnw/6/1810/NG/3

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
tel. 58/ 550 97 30, fax 58/ 550 97 31, e-mail: kontakt@saltus.pl, www.saltus.pl,
SALTUS TUW zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747
Zarząd SALTUS TUW : Robert Łoś, Krzysztof Kosznik, Grzegorz Buczkowski; kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł

OSOBA UPRAWNIONA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko ..... PESEL.....

Ulica ..... Nr domu/Nr mieszkania ..... Telefon kontaktowy.....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

OŚWIADCZENIE UPRAWNIONEGO

Proszę o wypłatę świadczenia na niżej podany numer konta:

☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐

Nazwa banku ……..... Właściciel konta …….....

Przekaz pocztowy na adres ……

Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji dotyczącej przekazywania informacji oraz dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia niniejszego zgłoszenia roszczenia za pośrednictwem niżej wskazanego adresu e-mail:

……

TAK ☐ NIE ☐

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (dalej: RODO) informujemy, że:
Administratorem Pani/Pana danych osobowych, jako osoby zgłaszającej roszczenie lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia jest SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej: SALTUS TUW) z siedzibą w Sopocie, adres: ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.
SALTUS TUW przetwarza dane osobowe osoby zgłaszającej roszczenie w celu przyjęcia zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.
SALTUS TUW przetwarza dane osobowe osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia w celu jej wykonywania, ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, okoliczności zdarzenia objętego ubezpieczeniem, ustalenia prawa osoby uprawnionej do świadczenia oraz jego wysokości na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. *o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej*.
SALTUS TUW będzie przetwarzał dane osobowe osoby zgłaszającej roszczenie oraz osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia również w celu realizacji zobowiązań w zakresie przechowywania dokumentacji ubezpieczeniowej na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. *o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej*.
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne dla realizacji procesu wykonania umowy ubezpieczenia w związku ze zgłaszanym roszczeniem, a odmowa ich podania może uniemożliwić właściwe wykonanie umowy.
W związku z powyższym Pani/Pana dane osobowe, jako osoby zgłaszającej roszczenie mogą zostać udostępnione:

1. podmiotom wykonującym czynności zlecone przez administratora danych, w szczególności w zakresie:
   a. pośrednictwa ubezpieczeniowego,
   b. oceny skutków zdarzeń w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą,
   c. utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów informatycznych,
   d. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,
   e. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej;
2. innym podmiotom upoważnionym do otrzymania informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową na podstawie przepisu prawa, wymienionym w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Dane osobowe osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia mogą zostać udostępnione:

1. podmiotom wykonującym czynności zlecone przez administratora danych, w szczególności w zakresie:
   a. pośrednictwa ubezpieczeniowego,
   b. oceny skutków zdarzeń w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą,
   c. utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów informatycznych,
   d. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,
   e. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej;
2. innym podmiotom upoważnionym do otrzymania informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową na podstawie przepisu prawa, wymienionym w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;

oraz, jeśli będzie to konieczne w procesie wykonywania umowy:

1. innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą;
2. podmiotom wykonującym działalność leczniczą w ramach i na potrzeby weryfikacji podanych informacji o stanie zdrowia lub ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia na podstawie Pani/Pana zgody;
3. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym do zakładu ubezpieczeń roszczeniem na podstawie Pani/Pana zgody.

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
tel. 58/ 550 97 30, fax 58/ 550 97 31, e-mail: kontakt@saltus.pl, www.saltus.pl,
SALTUS TUW zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747
Zarząd SALTUS TUW : Robert Łoś, Krzysztof Kosznik, Grzegorz Buczkowski; kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł

Pani/Pana dane osobowe, w związku z umową ubezpieczenia będą przechowywane przez lub w imieniu i na rzecz SALTUS TUW przez okres wynikający z terminu przedawnienia roszczeń, który wynosi 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej, albo od dnia uprawomocnienia się orzeczenia stwierdzającego roszczenie wydanego przez sąd, sąd polubowny lub inny organ właściwy do rozpoznawania spraw danego rodzaju, albo orzeczenia stwierdzającego ugodę zawartą przed mediatorem. Termin ten ulega wydłużeniu w przypadkach, w których nastąpi zdarzenie przerywające jego bieg, w tym zgłoszenie roszczenia lub wszczęcie postępowania sądowego.
We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez SALTUS TUW można kontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod wskazanym wyżej adresem siedziby, a także w dni powszednie w godzinach 9:00 – 15:00 pod numerem infolinii (58) 770 39 90 lub 801 888 666 lub drogą elektroniczną na adres iod@saltus.pl.
W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo interwencji u administratora danych w związku z podejrzeniem lub stwierdzeniem niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych lub wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, a także, w trybie i na zasadach opisanych odpowiednio w art. 15 – 21 RODO, prawo:

1. dostępu do swoich danych oraz uzyskania informacji;
2. sprostowania swoich danych osobowych, jeśli są nieprawidłowe lub ich uzupełnienia;
3. usunięcia swoich danych osobowych;
4. ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
5. przenoszenia danych osobowych;
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy dane są przetwarzane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych.

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 §1 kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe.

PODPIS UPRAWNIONEGO

Miejscowość i data	Czytelny podpis

ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć dokumenty)

- ☐ dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- ☐ dokumentacja medyczna potwierdzająca rodzaj doznanego uszczerbku na zdrowiu
- ☐ w przypadku śmierci Ubezpieczonego - skrócony odpis aktu zgonu, karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- ☐ przedłożyć dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie

Wypełniony formularz wraz z załącznikami prosimy wysłać na poniższy adres:

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
Zespół Likwidacji Szkód
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
tel. 58/ 550 97 30, fax 58/ 550 97 31, e-mail: kontakt@saltus.pl, www.saltus.pl,
SALTUS TUW zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747
Zarząd SALTUS TUW : Robert Łoś, Krzysztof Kosznik, Grzegorz Buczkowski; kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł