

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Nr roszczenia

Data wpływu do SALTUS TUW

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

 /

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

e-mail

DANE UBEZPIECZONEGO (nie wypełniać jeśli Ubezpieczony jest zgłaszającym roszczenie)

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

 /

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

e-mail

DANE DOTYCZĄCE UMOWY UBEZPIECZENIA

Nr polisy

Okres ubezpieczenia od: do:

ZGŁASZANE ROSZCZENIE

złamanie kości Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku data wypadku

uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku data wypadku

śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku data wypadku data śmierci

śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym data wypadku data śmierci

pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP data wypadku

w ilości dni: _____ od: do:

całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku data wypadku

data stwierdzenia całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji

śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu data rozpoznania zawału serca lub udaru mózgu

data śmierci

wystąpienie poważnego zachorowania Ubezpieczonego _____ (nazwa choroby)

data zdiagnozowania poważnego zachorowania

Czy powyższe poważne zachorowanie Ubezpieczonego wystąpiło po raz pierwszy TAK NIE

Jeżeli zaznaczono „NIE”, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na ww. chorobę

Adres placówki medycznej, w której leczyl się Ubezpieczony w zw. z poważnym zachorowaniem _____

odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym na terytorium RP

szkoda w mieniu

szkoda na osobie

Szacowana wartość szkody _____

data zdarzenia

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data wypadku

Miejsce wypadku

Przyczyna wypadku

Okoliczności wypadku

Rodzaj doznanych obrażeń

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej po wypadku

Adres placówki medycznej, w której leczyla się/leczył się Ubezpieczona/y po wypadku

Adres Komisariatu Policji lub Prokuratury prowadzącej dochodzenie

(w przypadku braku miejsca, dokończyć opis na osobnej kartce i dołączyć do druku zgłoszenia)

Czy w momencie powstania zdarzenia Ubezpieczona/y była/był w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających?

TAK NIE

Czy zdarzenie związane było z amatorskim uprawianiem sportów wysokiego ryzyka?

TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej

Czy zdarzenie związane było z wyczynowym uprawianiem sportów?

TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej

Czy zdarzenie związane było z wykonywaniem pracy zarobkowej?

TAK NIE

Jeśli zaznaczono „TAK”, to proszę podać wykonywany zawód

OKOLICZNOŚCI POWSTANIA SZKODY – dotyczy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym

Miejsce wystąpienia szkody /adres/ _____

Przyczyna zdarzenia _____

Okoliczności i przebieg zdarzenia _____

Skutki zdarzenia _____

(w przypadku braku miejsca, dokończyć opis na osobnej kartce i dołączyć do druku zgłoszenia)

DANE UPOSAŻONEGO

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Ulica _____ Nr domu/Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Telefon kontaktowy _____

DANE UPOSAŻONEGO – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej

Nazwa wraz z formą organizacyjną _____ KRS _____

Ulica _____ Nr domu/Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____ NIP _____

Miejscowość _____

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji dotyczącej przekazywania informacji oraz dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia niniejszego zgłoszenia roszczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na niżej wskazany adres e-mail:

TAK _____
(w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wpisać adres e-mail)

Jednocześnie w razie zmiany wskazanego powyżej adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Towarzystwa o nowym adresie e-mail.

Ja, niżej podpisana/y świadoma/y konsekwencji wprowadzenia w błąd Towarzystwa, wynikających z postanowień art. 286 §1 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe.

Miejscowość _____ Data _____ Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie _____

DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Proszę o wypłatę świadczenia:

przelewem na konto nr: _____

Właściciel konta: _____

przekazem pocztowym na adres: _____

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO - W PRZYPADKU GDY OSOBĄ ZGŁASZAJĄCĄ ROSZCZENIE JEST UBEZPIECZONY

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez SALTUS TUW, za życia bądź po mojej śmierci - w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia - informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem badań genetycznych) obejmujących lub dotyczących:

- 1) przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań oraz wyników sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyn leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań;
- 3) wyników przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny śmierci;

u każdego lekarza, u którego leczyłam/em się lub leczę albo zasięgałam/em porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.

Wyrażam zgodę, na zasięgnięcie przez SALTUS TUW, za życia bądź po mojej śmierci informacji z Narodowego Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili lub udzielą mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności SALTUS TUW oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Ponadto wyrażam zgodę na udostępnianie SALTUS TUW przez inny zakład ubezpieczeń, jak i udostępnianie innemu zakładowi ubezpieczeń (na jego pisemne żądanie) przez SALTUS TUW moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez Towarzystwo informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

_____ D D M M R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego

ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć dokumenty)

w przypadku złamania kości Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- dokumentacja medyczna potwierdzająca rodzaj złamania kości / rodzaj doznanego uszczerbku na zdrowiu
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji - na pisemny wniosek Towarzystwa
- przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego

w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego
- przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego

w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- dokumentacja medyczna na podstawie, której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji
- orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do samodzielnej egzystencji
- przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego

w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- 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

w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie zawału serca lub udaru mózgu
- 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

w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania oraz data jego zdiagnozowania
- przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego

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. zakładom reasekuracji, z którymi SALTUS TUW zawarł umowy reasekuracji w zakresie określonych ryzyk;
2. podmiotom wykonującym działalność leczniczą w związku z realizacją umowy ubezpieczenia;
3. innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą;
4. 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;
5. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym do zakładu ubezpieczeń roszczeniem na podstawie Pani/Pana zgody.

Pani/Pana dane osobowe, w związku z umową ubezpieczenia będą przechowywane przez lub w imieniu i na rzecz SALTUS TUW przez okres związany z terminem przedawnienia roszczeń, który wynosi 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej, albo od dnia uprawomocnienia się orzeczenia stwierdzającego roszczenie wydane 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 36 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.