



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH
WYPADKÓW

Nr roszczenia

Data wpływu
Do SALTUS TUW**DANE UBEZPIECZONEGO**

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (nie wypełniać jeśli zgłaszającym roszczenie jest Ubezpieczony)

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Nr polisy Okres ubezpieczenia: od dnia -- do dnia --

ZGŁASZANE ROSZCZENIE

<input type="checkbox"/> trwale inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	data wypadku <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	data wypadku <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	data wypadku <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> data śmierci <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	data wypadku <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> data śmierci <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	data wypadku <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> w ilości dni od dnia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do dnia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	data wypadku <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> data stwierdzenia niezdolności: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	data śmierci <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> data rozpoznania <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym:	
<input type="checkbox"/> szkoda w mieniu <input type="checkbox"/> szkoda na osobie	data zdarzenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKUData wypadku: --

Miejsce wypadku

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

Czy w momencie powstania zdarzenia Ubezpieczony(a) był(a) w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających? TAK NIECzy zdarzenie związane było z amatorskim uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych? TAK NIE

Jeśli TAK, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej.....

Czy zdarzenie związane było z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych? TAK NIE

Jeśli TAK, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej.....

Czy zdarzenie związane było z wykonywaniem pracy zarobkowej? TAK NIE

Jeśli TAK, proszę podać wykonywany zawód Ubezpieczonego.....

Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej po wypadku i gdzie poszkodowany leczył się po wypadku?:

OKOLICZNOŚCI POWSTANIA SZKODY – dotyczy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym**DANE UPOSAŻONEGO - osoba fizyczna**

Imię i nazwisko

Ulica i numer domu.....

Kod i miejscowość

PESEL

Telefon kontaktowy

DANE UPOSAŻONEGO - osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej

Nazwa wraz z formą organizacyjną

Ulica i numer domu.....

Kod i miejscowość

KRS

NIP

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. innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą;
3. 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;
4. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym do zakładu ubezpieczeń roszczeniem na podstawie Pani/Pana zgody.

W związku z procesem obsługi reasekuracyjnej dane osobowe osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia mogą zostać przekazane przez zakład reasekuracji, z którym SALTUS TUW aktualnie współpracuje do odbiorców w państwach nienależących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego wyłącznie przy zachowaniu zasad określonych w rozdziale V RODO, w szczególności na podstawie właściwej decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych osobowych na terytorium danego państwa lub z zachowaniem odpowiednich zabezpieczeń kontraktowych.

Pani/Pana dane osobowe, w związku z umową ubezpieczenia będą przechowywane przez lub w imieniu i na rzecz SALTUS TUW przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa, w tym z odpowiednim uwzględnieniem 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 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.

PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

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.

Miejscowość i data	Czytelny Podpis
--------------------	-----------------