

DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY „UNIRIDER”

Nr roszczenia

Data wpływu do SALTUS TUW

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

Nr paszportu (w przypadku obcokrajowców)

Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)

Miejscowość

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Poczta

Nr telefonu

Adres e-mail

DANE UBEZPIECZONEGO

Prosimy zaznaczyć wyłącznie jedyny właściwy checkbox

MOTOCYKLISTY

WSPÓLUBEZPIECZONEGO (PASAŻERA)

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)

Miejscowość

Nr telefonu

Adres e-mail

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Nr polisy

Okres ubezpieczenia od: do:

ZGŁASZANE ROSZCZENIE - WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:

uszkodzenia mienia w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym

data wypadku

uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego/Współubezpieczonego* w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym

data wypadku

śmierć Ubezpieczonego/Współubezpieczonego* w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym

data wypadku data śmierci

pobyt Ubezpieczonego/Współubezpieczonego* w szpitalu na terytorium RP/innym kraju Unii Europejskiej, w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym

data wypadku

w ilości dni:

od dnia

do dnia

całkowita niezdolność Ubezpieczonego/Współubezpieczonego* do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym

data wypadku

data stwierdzenia całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji

leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym (ubezpieczenie zdrowotne)

Preferowana forma kontaktu ze strony Centrum Umawiania Wizyt Towarzystwa (zaznaczyć „x”):

telefon:

sms:

e-mail:

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU DROGOWYM

DDMMRRRR _____
data wypadku miejscowość nr drogi publicznej państwo

Przyczyna wypadku _____

Okoliczności wypadku _____

Rodzaj doznanych obrażeń _____

Wykaz uszkodzonego mienia:

RODZAJ MIENIA	NAZWA MIENIA	ILOŚĆ	MARKA	MODEL	ROK ZAKUPU	NR DOWODU ZAKUPU
Strój motocyklisty / pasażera:						
buty motocyklowe						
kask motocyklowy (bez intercomu)						
gogle motocyklowe						
kamizelki dla motocyklisty (z wyłączeniem kamizelek air bag)						
motocyklowe: kombinezony, kurtki, spodnie						
ochraniacze motocyklowe						
motocyklowa odzież przeciwdeszczowa						
motocyklowe pasy nerkowe						
rękawice motocyklowe						
Dodatkowe elementy które nie są integralną częścią motocykla / motoroweru / skutera:						
telefon GSM						
intercom do kasku						
nawigacja (nie dotyczy pasażera)						
tank bag (nie dotyczy pasażera)						
kamera sportowa (nie dotyczy pasażera)						
kufry						
bagażniki						
torby						
Bagaż:						
odzież i obuwie (nie buty motocyklowe) - które nie wchodzi w skład stroju motocyklisty						
namioty						
karimaty						
materace						
śpiwory						
urządzenia higieny osobistej: golarki, elektryczne szczoteczki do zębów, suszarka do włosów						
okulary						

Dane adresowe jednostki policji dokonującej czynności operacyjnych na miejscu zdarzenia: _____

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

Czy w momencie powstania zdarzenia Ubezpieczony/Współubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających? TAK NIE

Czy zdarzenie związane było z uczestnictwem w rajdach wyczynowych/wyścigach/ próbach prędkościowych /jazdach terenowych/konkursach lub zawodach motocyklowych/jazdach szkoleniowych/treningach sprawnościowych/warsztatach doskonalących umiejętności jazdy na motocyklu/motorowerze/skuterze ? TAK NIE

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 _____ NIE
/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 podpisany/a, świadomy/a 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.

Oświadczam, iż z tytułu szkody z dnia _____ polegającej na _____ nie otrzymałem/am odszkodowania od innego zakładu ubezpieczeń bądź też osoby trzeciej i nie czynię starań, aby takie odszkodowanie otrzymać.

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/WSPÓLUBEZPIECZONEGO*

* w zależności od wyboru w checkboxie w Danych Ubezpieczonego / Współubezpieczonego

Wyrażam zgodę na zasięganie przez SALTUS T UW, 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 zasięganie przez SALTUS T UW, 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 T UW oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Ponadto wyrażam zgodę na udostępnianie SALTUS T UW przez inny zakład ubezpieczeń, jak i udostępnianie innemu zakładowi ubezpieczeń (na jego pisemne żądanie) przez SALTUS T UW 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.

Miejscowość _____ Data _____
Czytelny podpis Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego

ZAŁĄCZNIKI – PROSIMY ZAŁĄCZYĆ WYMNIENIONE DOKUMENTY

w przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym
- dokumentacja medyczna potwierdzająca rodzaj doznanego uszczerbku na zdrowiu
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji - na pisemny wniosek Towarzystwa
- przedłożyć dokument tożsamości poszkodowanego uprawnionego do odszkodowania lub świadczenia

w przypadku śmierci Ubezpieczonego/Współubezpieczonego* w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym
- skrócony odpis aktu zgonu / kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu
- przedłożyć dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie

w przypadku pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym
- karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego
- przedłożyć dokument tożsamości poszkodowanego uprawnionego do odszkodowania lub świadczenia

w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym
- dokumentację medyczną 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 poszkodowanego uprawnionego do odszkodowania/świadczenia

w przypadku skorzystania z usług medycznych przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku w ruchu drogowym

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. 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 udzieliли 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.

Biuro Obsługi Klienta – szkody i roszczenia: +48 58 770 36 90