



**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA  
INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE  
TWÓJ WALOR  
NASTĘPSTWA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU,  
ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU**

Nr roszczenia

Data wpływu  
do SALTUS TUW**DANE DOTYCZĄCE UMOWY UBEZPIECZENIA**

Nr dokumentu ubezpieczenia: .....

Okres ubezpieczenia: od dnia -- do dnia --**DANE UBEZPIECZONEGO**

Imię i nazwisko .....

PESEL

Ulica i numer domu .....

Kod i miejscowość .....

Tel. kontaktowy

**DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**

Imię i nazwisko/nazwa .....

Adres .....

Tel. kontaktowy:.....

**DANE DOTYCZĄCE POŻYCZKI**

Nr pożyczki: .....

Data zawarcia umowy pożyczki: --Data wypowiedzenia umowy pożyczki: -- Data całkowitej spłaty pożyczki: --Data rozwiązania umowy pożyczki: --**ZGŁASZANE ROSZCZENIE**

- świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku data śmierci --
- świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu data śmierci --
- świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku data wypadku --
- świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- dziennie świadczenie szpitalne w ilości dni ..... od dnia -- do dnia --

**DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Miejsce wypadku: .....

Data 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 ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku amatorskiego uprawiania sportów wysokiego ryzyka, wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczonego?  TAK  NIE

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

**ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH w których leczył się Ubezpieczony**

Nazwa, adres (przychodni, szpitala) :

**DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (wypełnia osoba uprawniona):****Uprawniony do wysokości kwoty niespłaconego kapitału z tytułu zawartej umowy pożyczki wobec pożyczkodawcy na dzień śmierci Ubezpieczonego:**

Nazwa pożyczkodawcy: .....

REGON.....

Adres: .....

**Wysokość kwoty niespłaconego kapitału Ubezpieczonego wobec pożyczkodawcy, wg stanu na dzień śmierci****Ubezpieczonego:**.....**Dyspozycja wypłaty:** przelewem na konto nr

□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□

Właściciel konta: .....

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**.....  
**imienna pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej przez pożyczkodawcę**

Kwota pozostała po uregulowaniu zadłużenia wobec pożyczkodawcy: .....

Uprawniony do wysokości kwoty pozostałej po uregulowaniu zadłużenia wobec pożyczkodawcy:

Nazwisko i imię .....PESEL / data urodzenia .....

Adres .....

Dyspozycja wypłaty świadczenia:

przelewem na konto nr

-     -     -     -     -     -     -

Właściciel konta: .....

przekazem pocztowym na adres: .....

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 osoby uprawnionej

**DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU** (wypełnia Ubezpieczony)

przelewem na konto nr

-     -     -     -     -     -     -

Właściciel konta: .....

przekazem pocztowym na adres .....

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 Ubezpieczonego

**ZAŁĄCZNIKI** (prosimy załączyć dokumenty)

<p><b>W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku</b></p>	<p><input type="checkbox"/> skrócony odpis aktu zgonu</p> <p><input type="checkbox"/> karta statystyczna do karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku</p> <p><input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości osoby uprawnionej (nie dotyczy pożyczkodawcy)</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie od pożyczkodawcy o wysokości niespłaconego kapitału z tytułu pożyczki, na dzień śmierci Ubezpieczonego</p>
<p><b>W przypadku Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu</b></p>	<p><input type="checkbox"/> skrócony odpis aktu zgonu,</p> <p><input type="checkbox"/> karta statystyczna do karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie zawału serca lub udaru mózgu</p> <p><input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości osoby uprawnionej (nie dotyczy pożyczkodawcy)</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie od pożyczkodawcy o wysokości niespłaconego kapitału z tytułu pożyczki, na dzień śmierci Ubezpieczonego</p>
<p><b>W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku</b></p>	<p><input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku</p> <p><input type="checkbox"/> karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego</p> <p><input type="checkbox"/> przedłożyć własny dokument tożsamości</p>
<p><b>W przypadku całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku</b></p>	<p><input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna na podstawie, której zostało wydane orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy,</p> <p><input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy</p> <p><input type="checkbox"/> przedłożyć własny dokument tożsamości</p>

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 pod adresem: 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 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 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](mailto: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.

#### DANE PRZYJMUJĄCEGO ZGŁOSZENIE:

Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie .....

Miejscowość, data .....

Czytelny podpis/pieczałka .....