


**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
GRUPOWE UBEZPIECZENIE**
- PRYMUS -
**TRWAŁY USZCZERBEK, POBYT W SZPITALU,
CAŁKOWITA NEZDOLNOŚĆ DO PRACY, POWAŻNE ZACHOROWANIE,
KOSZTY LECZENIA**

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 | |

ZGŁASZANE ROSZCZENIE

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANY NASTĘPSTWAMI NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | |
| <input type="checkbox"/> KOSZTY LECZENIA UBEZPIECZONEGO BĘDĄCE NASTĘPSTWAMI NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | |
| <input type="checkbox"/> POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU SPOWODOWANY NASTĘPSTWAMI NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | ilość 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 NEZDOLNOŚĆ DO PRACY SPOWODOWANA NASTĘPSTWAMI NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | data orzeczenia o niezdolności do pracy <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO <div style="text-align: right;"><i>(nazwa choroby)</i></div> | |
| data zachorowania <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | |
| Czy powyższe poważne zachorowanie wystąpiło po raz pierwszy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Jeżeli NIE, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na powyższą chorobę <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

| | |
|--|---|
| Data wypadku <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Miejsce wypadku |
| (należy podać dokładny adres) | |
| Przyczyna wypadku, okoliczności i rodzaj doznanych obrażeń | |
| | |
| Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej | |
| Adres placówki medycznej, w której leczył się Ubezpieczony po wypadku | |
| | |
| Adres Komisariatu Policji lub Prokuratury prowadzącej dochodzenie | |
| | |
| (w przypadku braku miejsca na druku zgłoszenia, dokończyć opis na osobnej kartce i dołączyć) | |
| Czy w momencie powstania zdarzenia Ubezpieczony(a) był(a) w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy zdarzenie związane było z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeśli TAK, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej..... | |

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia:

przelewem na konto nr:

- - - - - - -

Dane właściciela konta:

Imię i nazwisko:

przekazem pocztowym.....

(należy podać dokładny adres)

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

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 udzielił 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.

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, data | Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie |
|--------------------------|---|

ZAŁĄCZNIKI /prosimy załączyć wymienione dokumenty/

| | |
|--|--|
| <p>w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego następstwami nieszczęśliwego wypadku:</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna potwierdzająca rodzaj doznanego uszczerbku na zdrowiu</p> <p><input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji - na pisemny wniosek Towarzystwa</p> <p><input type="checkbox"/> karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego – w przypadku pobytu w szpitalu</p> <p><input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego</p> | <p>w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego następstwami nieszczęśliwego wypadku:</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku</p> <p><input type="checkbox"/> karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego</p> <p><input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego</p> |
| <p>w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej następstwami nieszczęśliwego wypadku:</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku</p> <p><input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego</p> <p><input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy, dla celów rentowych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia</p> | <p>w przypadku kosztów leczenia Ubezpieczonego będących następstwem nieszczęśliwego wypadku:</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku</p> <p><input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską), uzasadniającą konieczność leczenia,</p> <p><input type="checkbox"/> wystawionych na Ubezpieczonego faktur, rachunków tytułem poniesionych kosztów leczenia,</p> |
| <p>w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego:</p> <p><input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania i datę jego zdiagnozowania</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 zleczone 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 zleczone 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:

- zakładom reasekuracji, z którymi SALTUS TUW zawarł umowy reasekuracji w zakresie określonych ryzyk;
- innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą;
- 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;
- 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

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:

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

OŚWIADCZENIE UBEZPIEZAJĄCEGO /DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA/

| | |
|--|--|
| <p>Nr polisy.....Suma ubezpieczenia:.....</p> <p>Ubezpieczony jest uczniem/wychowankiem Ubezpieczającego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>w okresie: od.....do.....</p> <p>Za Ubezpieczonego opłacono składkę uwzględniającą zwyczaj z tytułu uczęszczania do oddziału sportowego lub oddziału mistrzostwa sportowego i/lub następstw nieszczęśliwego wypadku powstałych w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Okres ubezpieczenia:</p> <p>od dnia <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/> do dnia <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/></p> | <p style="text-align: center;">Pieczęć Ubezpieczającego</p> |
| <p style="text-align: center;">Podpis i pieczęć imienna osoby przyjmującej zgłoszenie</p> | |