

Nr roszczenia \_\_\_\_\_

Data wpływu do SALTUS TUW \_\_\_\_\_

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA****DANE DOTYCZĄCE UMOWY UBEZPIECZENIA**

Numer dokumentu ubezpieczenia \_\_\_\_\_ Okres ubezpieczenia od dnia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO** (NIE WYPEŁNIAĆ JEŚLI UBEZPIECZAJĄCYM JEST ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Adres /ulica, nr domu, nr mieszkania/ \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ tel. kontaktowy \_\_\_\_\_

**DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**

Imię i nazwisko/nazwa \_\_\_\_\_

Adres /ulica, nr domu, nr mieszkania, nr lokalu/ \_\_\_\_\_

tel. kontaktowy \_\_\_\_\_

**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 powiadomienia Towarzystwa o nowym adresie e-mail.

Miejscowość, dnia \_\_\_\_\_

Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie \_\_\_\_\_

**DANE DOTYCZĄCE POŻYCZKI**

Nr pożyczki \_\_\_\_\_ data zawarcia umowy pożyczki \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

data wypowiedzenia umowy pożyczki \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ data całkowitej spłaty pożyczki \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

data rozwiązania umowy pożyczki \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ZGŁASZANE ROSZCZENIE – WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU:** śmierci Ubezpieczającego w następstwie nieszczęśliwego wypadku data śmierci \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ śmierci Ubezpieczającego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu data śmierci \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ całkowitej niezdolności Ubezpieczającego do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku data wypadku \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

data stwierdzenia całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku dzienne świadczenie szpitalne w ilości dni \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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 leczył się Ubezpieczający po wypadku (przychodnia, szpital) \_\_\_\_\_

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 Ubezpieczający był w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających?  TAK  NIE**DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZAJĄCEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NNW) LUB W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA, LUB UDARU MÓZGU (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA)****1. Uposażony pożyczkodawca do wysokości faktycznej kwoty niespłaconego kapitału z tytułu zawartej umowy pożyczki na dzień śmierci Ubezpieczającego, nie wyższej jednak niż kwota świadczenia ubezpieczeniowego wynikająca z harmonogramu wysokości świadczeń:**

Nazwa \_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

**Wysokość kwoty niespłaconego przez Ubezpieczającego kapitału z tytułu zawartej umowy pożyczki, wg stanu na dzień śmierci Ubezpieczającego:**

\_\_\_\_\_ PLN

**Dyspozycja wypłaty:** przelewem na konto nr

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

Właściciel konta:.....

Miejscowość i data

pieczęć funkcyjna i podpis osoby upoważnionej przez uposażonego pożyczkodawcę

2. Osoba uprawniona, do wysokości różnicy między kwotą świadczenia ubezpieczeniowego wynikającą z harmonogramu wysokości świadczeń, a kwotą należną uposażonemu pożyczkodawcy, o ile taka różnica powstanie:

Wysokość kwoty pozostałej po wypłacie świadczenia uposażonemu pożyczkodawcy \_\_\_\_\_ PLN

Nazwa/Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL / data urodzenia \_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

**Dyspozycja wypłaty świadczenia:**

przelewem na konto nr

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

Właściciel konta \_\_\_\_\_

przekazem pocztowym na adres \_\_\_\_\_

(Nazwa/Imię i nazwisko, kod pocztowy, miejscowość, dokładny adres)

Miejscowość i data \_\_\_\_\_

czytelny podpis osoby uprawnionej \_\_\_\_\_

**DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZAJĄCEGO DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NNW LUB POBYTU UBEZPIECZAJĄCEGO W SZPITALU W NNW (WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY)**

przelewem na konto nr

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

Właściciel konta \_\_\_\_\_

przekazem pocztowym na adres \_\_\_\_\_

Miejscowość i data \_\_\_\_\_

czytelny podpis Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

**ZAŁĄCZNIKI – PROSIMY ZAŁĄCZYĆ WYMIENIONE DOKUMENTY**

Informacja w sprawie zasad przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia	
<b>Administrator danych:</b> osoba kontaktowa za przetwarzanie danych osobowych	<b>SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych</b> (dalej: SALTUS TUW) ul. Władysława IV 22 81-743 Sopot tel. (58) 770 36 90 tel. 801 888 666 e-mail: <a href="mailto:info@saltus.pl">info@saltus.pl</a>
<b>Inspektor ochrony danych:</b> osoba kontaktowa w sprawach przetwarzania danych osobowych	We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem ochrony danych listownie pod adresem siedziby administratora, drogą telefoniczną lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: tel. (58) 770 36 90 e-mail: <a href="mailto:iod@saltus.pl">iod@saltus.pl</a>
<b>Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych</b>	SALTUS TUW będzie przetwarzało dane <b>osoby zgłaszającej roszczenie</b> na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO <sup>1</sup> ) w celach: 1. obsługi zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia, 2. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń, 3. ustalenia oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń zakładu ubezpieczeń, 4. obsługi ewentualnych reklamacji. SALTUS TUW będzie przetwarzało dane <b>osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia</b> : 1. na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w celach: a. wykonania umowy, w szczególności ustalenia okoliczności zdarzenia objętego ubezpieczeniem oraz odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, ustalenia prawa osoby uprawnionej do świadczenia oraz wartości świadczenia, b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego (nie dotyczy osoby uposażonej), c. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń, d. statystycznych, w tym związanych z ustalaniem wysokości składek ubezpieczeniowych (nie dotyczy osoby uposażonej); 2. na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego w celu obsługi ewentualnych reklamacji; 3. na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) oraz w oparciu o art. 9 ust. 2 lit. f RODO w celu ustalenia oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń zakładu ubezpieczeń. Podanie danych osobowych jest niezbędne dla wykonania umowy ubezpieczenia w związku ze zgłaszanym roszczeniem oraz spełnienia obowiązków nałożonych na administratora przepisami prawa. Odmowa podania danych uniemożliwi wykonanie umowy ubezpieczenia.

<b>W przypadku śmierci Ubezpieczającego w następstwie nieszczęśliwego wypadku</b>	<input type="checkbox"/> skrócony odpis aktu zgonu <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 <input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> zaświadczenie od pożyczkodawcy o wysokości niespłaconego kapitału z tytułu pożyczki, na dzień śmierci Ubezpieczającego <input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości osoby uprawnionej (nie dotyczy uposażonego pożyczkodawcy)
<b>W przypadku śmierci Ubezpieczającego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu</b>	<input type="checkbox"/> skrócony odpis aktu zgonu, <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 <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie zawału serca lub udaru mózgu <input type="checkbox"/> zaświadczenie od pożyczkodawcy o wysokości niespłaconego kapitału z tytułu pożyczki, na dzień śmierci Ubezpieczającego <input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości osoby uprawnionej (nie dotyczy uposażonego pożyczkodawcy)
<b>W przypadku pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku</b>	<input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego <input type="checkbox"/> przedłożyć własny dokument tożsamości
<b>W przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczającego do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku</b>	<input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna na podstawie, której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> przedłożyć własny dokument tożsamości

osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

<p><b>Odbiorcy danych</b> kategorie podmiotów, którym zakład ubezpieczeń udostępnia dane osobowe</p>	<p>Dane <b>osoby zgłaszającej roszczenie</b> oraz <b>osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia</b> mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TUW, w szczególności w zakresie: <ol style="list-style-type: none"> <li>likwidacji szkód, w tym oceny skutków zdarzeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą,</li> <li>utrzymania elementów infrastruktury teleinformatycznej, w szczególności systemów informatycznych i aplikacji,</li> <li>zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,</li> <li>dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej;</li> </ol> </li> <li>podmiotom uprawnionym na podstawie art. 35 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;</li> <li>podmiotom pośredniczącym w wymianie korespondencji, w tym prowadzonej w formie elektronicznej;</li> <li>innym podmiotom, których uprawnienie do żądania udostępnienia danych osobowych wynika z przepisów obowiązującego prawa.</li> </ol> <p>Ponadto dane <b>osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia</b> mogą zostać udostępnione:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TUW w zakresie oceny ryzyka, a także oceny skutków zdarzeń w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą (nie dotyczy osoby uposażonej);</li> <li>bankom oraz ewentualnym podmiotom pośredniczącym w realizacji transakcji.</li> </ol>
<p><b>Informacja dotycząca przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego:</b> czy będziemy przekazywać dane osobowe do państwa spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego?</p>	<p>Dane osobowe mogą zostać przekazane do podmiotu w państwie trzecim w związku z ewentualnym wykorzystaniem przez SALTUS TUW lub jego usługodawców usług teleinformatycznych oferowanych przez niektóre podmioty. Przekazanie danych osobowych do podmiotu w państwie trzecim nastąpi wyłącznie w przypadkach, gdy państwo takie lub podmiot zapewnią odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Właściwy stopień ochrony w państwie trzecim musi zostać potwierdzony decyzją Komisji Europejskiej. W przypadku braku takiego potwierdzenia przekazanie danych do podmiotu w państwie trzecim może nastąpić wyłącznie, gdy podmiot taki zapewni odpowiednie zabezpieczenia, co zostanie potwierdzone zapisami umownymi, w szczególności z uwzględnieniem zabezpieczeń wskazanych w art. 46 RODO, w tym zatwierdzonych przez właściwy organ nadzorczy wiążących reguł korporacyjnych lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską. Przekazanie danych osobowych do podmiotu w państwie trzecim z pominięciem powyższych warunków może nastąpić na podstawie art. 49 RODO w sytuacji, w której będzie niezbędne dla wykonania umowy ubezpieczenia.</p>
<p><b>Okres przechowywania danych osobowych</b> Jak długo będziemy posiadać Pani/Pana dane osobowe</p>	<p>Dane osobowe będą przechowywane w ramach dokumentacji ubezpieczeniowej przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej.</p>
<p><b>Prawa przysługujące osobie,</b> której dane są przetwarzane</p>	<p>W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące prawa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania kopii danych,</li> <li>prawo do sprostowania, uzupełnienia swoich danych osobowych,</li> <li>prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz, w uzasadnionych przypadkach:</li> <li>prawo do usunięcia danych osobowych,</li> <li>prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,</li> <li>prawo do przenoszenia danych osobowych,</li> <li>prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych opartego na prawnie uzasadnionym interesie administratora.</li> </ol>

## DANE PRZYJMĄCEGO ZGŁOSZENIE

Imię i nazwisko przyjmującego zgłoszenie \_\_\_\_\_

Miejscowość i data \_\_\_\_\_

czytelny podpis/pieczętka funkcyjna \_\_\_\_\_

