

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU WALKI Z BORELIOZĄ

Nr szkody

Data wpływu do SALTUS TUW

DANE DOTYCZĄCE UMOWY UBEZPIECZENIA

Nr polisy

Okres ubezpieczenia od: do:

Wariant ubezpieczenia zdrowotnego

OPTYMALNY

KOMFORTOWY

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL /nr paszportu (dla cudzoziemców)

Ulica

/

-

Miejscowość

Telefon kontaktowy

e-mail

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

Ulica

/

-

Miejscowość

Telefon kontaktowy

e-mail

DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO ROSZCZENIA

Data wizyty lekarskiej przeprowadzonej w celu usunięcia kleszcza zagnieżdżonego w ciele Ubezpieczonego

Nazwa podmiotu medycznego wykonującego usługę medyczną

Do wniosku dołączam imienną fakturę/rachunek, liczba załączników

Nazwa laboratorium przeprowadzającego badanie kleszcza

Do wniosku dołączam imienną fakturę/rachunek, liczba załączników

Laboratorium stwierdziło, że kleszcz jest nosicielem patogenów borrelia burgdorferi lub babesia divergens i lekarz prowadzący zlecił antybiotykoterapię antybiotykami

Do wniosku dołączam imienną fakturę/rachunek, liczba załączników

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji dotyczącej przekazywania informacji oraz dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia niniejszego zgłoszenia roszczenia za pośrednictwem wskazanego adresu e-mail:

e-mail _____

Jednocześnie w razie zmiany wskazanego powyżej adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Towarzystwa o nowym adresie e-mail.

_____ _____
Miejscowość Data Czytelny podpis

UPOWAŻNIENIE DLA PLACÓWEK MEDYCZNYCH

Wyrażam zgodę na udostępnianie SALTUS TUW, w celu ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), informacji dotyczących rodzaju, liczby oraz daty usług medycznych świadczonych przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej na moją rzecz.

_____ _____
Miejscowość Data Czytelny podpis

PREFEROWANA FORMA KONTAKTU W CELU UMAWIANIA USŁUG MEDYCZNYCH

telefon/sms _____ e-mail _____

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 Data Czytelny podpis

PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

SEKCJA LIKWIDACJI SZKÓD
AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa
lub adres e-mailowy:
pmu.szkozy@mondial-assistance.pl

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 ubezpieczenia w zakresie określonych ryzyk;
2. podmiotom wykonującym działalność leczniczą w związku z realizacją umowy ubezpieczenia;
3. innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą;
4. 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;
5. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzieliли świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym do zakładu ubezpieczeń roszczeniem na podstawie Pani/Pana zgody.

Pani/Pana dane osobowe, w związku z umową ubezpieczenia będą przechowywane przez lub w imieniu i na rzecz SALTUS TUW przez okres związany z terminem 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:

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.