

# ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

/ Claim form – Personal accident /

OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WSZYSTKIE PUNKTY

ZAMIESZCZONE W FORMULARZU

## Wypełnia Ubezpieczony / Uprawniony



### 1. UBEZPIECZAJĄCY / Policyholder

Fundacja Polskiedzieci.org

Adres z kodem pocztowym: / Address with post code

ul. Fiołkowa 3      5 2 - 2 0 0 Wysoka

Nr telefonu / Phone number: + 48 71 715 94 77

Adres e-mail / E-mail address: nnwdirect@wdbsa.pl



### 2. UBEZPIECZONY / Insured details

Imię, nazwisko osoby, której dot. zgłaszane roszczenie: / Name:



### 3. UPRAWNIONY

Imię, nazwisko / Name:

Adres z kodem pocztowym / Address with post code: .....

Nr telefonu / Phone number:

Adres e-mail / E-mail address:

PESEL

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego: /  
Belonging to a sports club:     TAK / YES     NIE / NO

Nazwa, adres pocztowy, nr telefonu / Name, address, phone number

Uprawiana dyscyplina sportu/ sport discipline .....

Zawód wykonywany / Occupation .....

Adres z kodem pocztowym / Address with post code: .....

Nr telefonu / Phone number:

Adres e-mail / E-mail address:

## OPIS ZDARZENIA/ Accident details

### 4. DATA I MIEJSCE WYPADKU / DATA UJAWNIEŃIA CHOROBY / Date of the accident or diagnosis

### 5. DATA ZGONU / Date of death

Czy została wykonana sekcja zwłok? / Has an autopsy been performed?     TAK / YES     NIE / NO

### 6.

1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco / Detailed description of how did the accident happen and body injuries sustained: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do klubu/zespołu sportowego, sekcji sportowej? / Whether the accident occurred due to the Insured's membership in a sports club / team?.....

W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie / In case of illness: diagnosis, course of treatment, doctor's name:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Czy narząd(-y) opisane w pkt. 6 był(-y) uszkodzony(-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby? / Whether the organ described in 6 was damaged before the accident?

TAK / YES     NIE / NO

8. Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu? / Was the Insured under the influence of alcohol or any other intoxicating substance when the accident happened?

TAK / YES     NIE / NO

9. Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu? / Did the accident happen while the Insured was driving?

TAK / YES     NIE / NO                       samochodu / car     motocyklu / motorcycle     roweru / bicycle     inne / other

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia / Driver's license number: .....

10. Dane jednostki Policji/Prokuratury / Sadu jeżeli w sprawie prowadzone jest/było postępowanie / Is this subject to police or prosecutor's investigation? If yes, please note the name and address of the police and/or prosecutor's department .....

11. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku? / Who and where gave first aid to the Insured after the accident? .....

*Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej. / If the doctor gave first aid, photocopies of medical records should be provided.*

12. Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone? / Has the medical treatment been completed?

TAK / YES     NIE / NO

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia / If not, please provide the expected date of completion of treatment.

13. Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia? / Is the Insured entitled to compensation for an accident from other insurance?

TAK / YES     NIE / NO    Jeżeli tak, proszę podać numer polisy / If yes, please provide the policy number: .....

14. Do zgłoszenia roszczenia dołączono (zaznaczyć właściwe pole)/ Attached documents (check the appropriate box):

- karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie / information cards on hospital treatment and all medical certificates
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy oraz przebiegu leczenia / medical documentation from first aid and treatment
- notatkę z Policji/dokument potwierdzający rozstrzygnięcie podjęte przez Prokuraturę/Sąd w postępowaniu toczącym się w przedmiotowej sprawie/ police note / document confirming the decision taken by the prosecutor's office / court in the pending proceedings
- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą / death certificate, death card or court decision stating that the Insured was a deceased person,
- inne dokumenty / other documents: .....

15. Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie / Benefit to be transferred to the bank account no:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.

/ I agree to receive by InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group from entities carrying out medical activities within the meaning of generally applicable provisions that have granted or will provide me with health services, information on the circumstances related to the assessment of insurance risk and verification of my data on the state of my health, determination of the right to benefit from the concluded insurance contract and the amount of this benefit, to the extent specified in the Act on insurance and reinsurance. At the same time, I agree to share InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group by the above-mentioned entities of medical documentation.

TAK / YES     NIE / NO

2. Czy wyraża Pan / Pani zgodę na komunikowanie się z Panem / Panią w formie elektronicznej? Dokumenty, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane na adres e-mail podany przez Pana / Panią w części I niniejszego formularza.

/ Do you agree to communicate with you in electronic form? Documents which, in accordance with generally applicable law, should be sent in writing, will be sent to the e-mail address provided by you in part I of this form.

TAK / YES     NIE / NO

3. Czy chciałby Pan / chciałyby Pani otrzymywać odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez Pana / Panią w części I niniejszego formularza? / Would you like to receive answers to complaints by e-mail to the e-mail address provided by you in part I of this form?

TAK / YES     NIE / NO

.....  
Miejscowość, data  
/ Place, date

.....  
podpis Ubezpieczonego / Uprawnionego  
/ Insured's signature



Informacja zgodna art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej Rozporządzeniem.

### Administrator danych osobowych

Administratorem danych jest InterRisk TU SA Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22 (zwany dalej Administratorem lub InterRisk).

Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres email: sekretariat@InterRisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

### Inspektor ochrony danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować - we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych - poprzez email iod@interrisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

### Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania Pani /

Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- wykonania umowy ubezpieczenia w zakresie likwidacji szkody (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt c), art. 9 ust 2 pkt f lub pkt g) Rozporządzenia), • ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych ze zgłoszoną szkodą (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłatom nienależnych świadczeń (podstawa prawna - art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zapobieganie i ściganie przestępstw popełnianych na jego szkodę,
- reasekuracji ryzyk (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego.

### Kategorie przetwarzanych danych osobowych

W procesie likwidacji szkody będą przetwarzane następujące Pani / Pana dane osobowe: imię nazwisko, dane adresowe, dane kontaktowe, nr PESEL, dane o stanie zdrowia

### Okres przechowywania danych

Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń wynikających ze zgłoszonej szkody lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

### Odbiorcy danych

Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym do pozyskania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa, zakładom reasekuracji, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu dochodzenia należności, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom świadczącym usługi w zakresie likwidacji szkód, podmiotom archiwizującym lub usuwającym dane – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

### Przekazywanie danych poza EOG

Pani / Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom znajdującym się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

### Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani / Panu prawo do:

- dostępu do Pani / Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani / Pana danych osobowych (w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora) - w szczególności prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania,
- przenoszenia danych osobowych (w zakresie, w jakim Pani / Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i przetwarzanie to odbywa się na podstawie zgody lub na podstawie zawartej z Administratorem umowy), tj. do otrzymania od Administratora Pani / Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego); może Pani / Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych,
- prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tzn. do Urzędu Ochrony Danych Osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.

### Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody – bez podania danych osobowych likwidacja szkody nie jest możliwa.