ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WSZYSTKIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I" NINIEJSZEGO FORMULARZA

InterRisk VIENNA INSURANCE GROUP

I. Wypełnia Ubezpieczony / Uprawniony

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa placówki oświatowej
(w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko):

Adres z kodem pocztowym: .....

..... – .....

Nr telefonu:

Adres e-mail:

pieczęć Ubezpieczającego

2. UBEZPIECZONY

Imię, nazwisko osoby, której dot. zgłaszane roszczenie:

Adres z kodem pocztowym: .....

....

Nr telefonu:

Adres e-mail:

PESEL

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego:

.....

Nazwa, adres pocztowy, nr telefonu .....

.....

Uprawiana dyscyplina sportu .....

Zawód wykonywany.....

3. UPRAWNIONY

Imię, nazwisko:

Adres z kodem pocztowym: .....

....

Nr telefonu:

Adres e-mail:

OPIS ZDARZENIA

4. DATA I MIEJSCE WYPADKU / DATA UJAWNIENIA CHOROBY

5. DATA ZGONU

– –

Czy została wykonana sekcja zwłok (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE

6.

1) **W przypadku nieszczęśliwego wypadku:** przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) **Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do klubu/zespołu sportowego, sekcji sportowej?** .....

.....

.....

3) **W przypadku choroby**: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie .....

.....

.....

.....

.....

7.

Czy narząd (-y) opisane w pkt. 6 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby (zaznaczyć właściwe pole):

☐ TAK ☐ NIE

8.

Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu (zaznaczyć właściwe pole):

☐ TAK ☐ NIE

9.

Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE

☐ samochodu ☐ motocyklu ☐ roweru ☐ inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

10.

Dane jednostki Policji/Prokuratury / Sadu jeżeli w sprawie prowadzone jest/było postepowanie:.....

11.

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku:.....

Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej.

12.

Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

13.

Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia? (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE **Jeżeli tak, proszę podać numer polisy** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

14.

Do zgłoszenie roszczenia dołączono (zaznaczyć właściwe pole):

☐ **karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie,**

☐ **dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy oraz przebiegu leczenia,**

☐ **notatkę z Policji/dokument potwierdzający rozstrzygnięcie podjęte przez Prokuraturę/Sąd w postępowaniu toczącym się w przedmiotowej sprawie**

☐ **akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,**

☐ **inne dokumenty**.....

.....

.....

15.

Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie[1]:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

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.

☐ TAK ☐ NIE

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.

☐ TAK ☐ NIE

3. Czy chciałby Pan / chciałaby Pani otrzymywać odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez Pana / Panią w części I niniejszego formularza?

☐ TAK ☐ NIE

4. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
miejscowość, dnia

.....
podpis Ubezpieczonego / Uprawnionego

[1] W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ"

OPCJE DODATKOWE

☐	**POBYT W SZPITALU UBEZPIECZONEGO:**
☐	w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐	w wyniku choroby
	OKRES POBYTU W SZPITALU:
	ROZPOZNANIE CHOROBY:

☐	**OPERACJA UBEZPIECZONEGO:**
☐	w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐	w wyniku choroby
	DATA OPERACJI:

☐	**OPIEKA RODZICA NAD DZIECKIEM PRZEBYWAJĄCYM W SZPITALU**
	ZGODNIE Z POSTANOWIENIAMI DODAT.I ODMIENNYMI OWU: PKT.6. §12 pkt 24 otrzymuje brzmienie: Opcja Dodatkowa D24 – opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu – w przypadku pobytu w szpitalu, w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Ubezpieczonego, który nie ukończył 14 roku życia – świadczenie dzienne w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D24, ale nie więcej niż 20zł za dzień, płatne za każdy dzień opieki rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego nad Ubezpieczonym o ile pobyt w szpitalu trwa co najmniej 3 dni. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 10 dni opieki nad Ubezpieczonym w trakcie pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu był następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby, która została rozpoznana po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
	OKRES POBYTU W SZPITALU:

☐	**OPARZENIA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
	DATA ZDARZENIA:

☐	**POWAŻNE ZACHOROWANIE** (nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, transplantacja głównych organów)
	ROZPOZNANIE:
	DATA ZDIAGNOZOWANIA:

☐	**ŚMIERĆ RODZICA/OPIEKUNA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU/ZAWAŁU SERCA/UDARU MÓZGU**
	DATA ZGONU:

☐	**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO**
	DATA ZGONU:

☐	**ROZPOZNANIE U UBEZPIECZONEGO CHORÓB ODZWIERZĘCYCH** (BĄBLOWICA, TOKSOPLAZMOZA, TOKSOKAROZA, WŚCIEKLIZNA, ZAPALENIE OPON MÓZGOWYCH)
	ROZPOZNANIE:
	DATA ZDIAGNOZOWANIA:

☐	**PAKIET KLESZCZ I ROZPOZNANIE BORELIOZY:** (Zwrot kosztów usunięcia kleszcza do 150 zł, zwrot badań diagnostycznych do 150 zł, zwrot kosztów antybiotykoterapii do 200 zł oraz świadczenie za zdiagnozowanie boreliozy 1 000 zł)
	DATA ZDIAGNOZOWANIA BORELIOZY:
	KOSZTY LECZENIA:

☐	**ZWROT KOSZTÓW LECZENIA:**
	RODZAJ LECZENIA:
	KWOTA:

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 Administratoremlub 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 4822 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 dana 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 momentuwygaśnięcia 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 potrzebymarketingu 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 danychosobowych, 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 kontaktowewskazane są powyżej.

Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody - bez podania danych osobowych likwidacjaszkody nie jest możliw

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy:	
Okres ubezpieczenia: od __-__-____ do __-__-____	
Suma ubezpieczenia: zł słownie	
Wariant ubezpieczenia	pieczęć Ubezpieczającego
Imię i nazwisko Ubezpieczonego:	
Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE	
Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas / w ramach:	
☐ obowiązkowych zajęć szkolnych	☐ szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych
☐ zawodów (jakich?)	☐ pozaszkolnych klubów sportowych ☐ inne
Data urodzenia: __-__-____	
Wysokość składki: zł słownie	
Składkę opłacono do dnia: __-__-____	

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

..... miejscowość, dnia

..... podpis Ubezpieczającego

☒ pola wyboru oznaczyć znakiem X