

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU

PLUS

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

- 1. UBEZPIECZAJĄCY
- 4. DATA I MIEJSCE WYPADKU / DATA UJAWNIENIA CHOROBY
- 5. DATA ZGONU

I. Wypełnia Ubezpieczony / Uprawnion

y

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

3. UPRAWNIONY Imię, nazwisko osoby, której dot. zgłaszane roszczenie:

Imię, nazwisko:

Adres z kodem pocztowym:

.....

Adres z kodem pocztowym:

.....

Nr telefonu:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Adres e-mail:

PESEL

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego:

.....

Nazwa, adres pocztowy, nr telefonu

.....

Uprawiana dyscyplina

sportu

..... Zawód wykonywany

.....

OPIS ZDARZENIA

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

6. 1) W przypadku z

nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków

wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 / chciałyby Pani otrzymywać odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez Pana / Panią w części I niniejszego formularza? TAK NIE4. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. miejscowość, dnia podpis Ubezpieczonego / Uprawnionego

! W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ”

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group

www.interrisk.pl Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, KRS 0000054136, NIP 526-00-38-806, Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony 137.641.100 PLN

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.

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group

www.interrisk.pl Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, KRS 0000054136, NIP 526-00-38-806, Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony 137.641.100 PLN

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Ser

ia i numer polisy:

Okres ubezpieczenia:

od do

Suma ubezpiecz

enia: 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.

miejsce, dnia podpis Ubezpieczającego

poła wyboru oznaczyć znakiem X

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group

www.interrisk.pl Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, KRS 0000054136, NIP 526-00-38-806, Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony 137.641.100 PLN