

Zgłoszenie szkody Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków



INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

Nr szkody

Nr Centrum Alarmowego

Zgłaszający szkodę

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy

Miejscowość Nr PESEL

Data i miejsce urodzenia Telefon Adres e-mail

Ubezpieczony/ Poszkodowany

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy

Miejscowość Nr PESEL

Data i miejsce urodzenia Telefon Adres e-mail

Uprawniony (w przypadku śmierci Ubezpieczo- nego)

| Imię i nazwisko | Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość) | Telefon / Adres e-mail | Charakter uprawnionego |
|-----------------|---|------------------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony |
| | | | <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony |
| | | | <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony |

Polisa

Seria i numer polisy

Dane dotyczące zdarzenia

Data wypadku / zachorowania Dzień Miesiąc Rok Godzina wypadku :

Miejsce zdarzenia (kraj, miejscowość, ulica)

Opis okoliczności zdarzenia

Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć Poszkodowanego? Nie Tak Data zgonu Dzień Miesiąc Rok

Doznane obrażenia / nazwa zachorowania (diagnoza lekarska)

Kto i kiedy udzielił Poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

Nazwy i adresy placówek medycznych w których Ubezpieczony leczył się w związku ze zgłaszanym obecnie wypadkiem / zachorowaniem.

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed wypadkiem / zachorowaniem, którego dotyczy zgłoszenie.

Czy na miejscu zdarzenia obecna była (proszę o wpisanie adresu jednostki obecnej na miejscu zdarzenia)?

Policja _____
Adres _____

Straż miejska _____
Adres _____

Straż pożarna _____
Adres _____

Pogotowie ratunkowe _____
Adres _____

Inne (jaka instytucja?) _____
Adres _____

Czy zdarzenie związane było z:

wypadkiem komunikacyjnym wykonywaniem pracy zarobkowej wyczerpującym uprawianiem sportu

innymi przyczynami _____

Czy Poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? Nie Tak

Świadkowie zdarzenia

Imię _____ Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Nr PESEL _____

Nr dowodu tożsamości _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Imię _____ Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Nr PESEL _____

Nr dowodu tożsamości _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Koszty leczenia

- W kwocie _____ zostały opłacone osobiście przez Ubezpieczonego
- W kwocie _____ zostały opłacone przez Centrum Alarmowe
- W kwocie _____ zostały opłacone przez znajomego lub członka rodziny
- W kwocie _____ pozostają do zapłaty na rzecz wystawcy rachunku

Oprócz roszczeń dotyczących kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków dodatkowo zgłaszam roszczenia z:

**Zwrot
opłaconych
kosztów /
wyłaty
świadczenia**

W jaki sposób Gothaer TU S.A. ma dokonać zwrotu opłaconych kosztów lub wyłaty świadczenia?

przelewem bankowym na konto

| | | |
|-------------|--------------|-----------|
| Imię | Nazwisko | |
| na konto nr | | |
| Ulica | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | |

przekazem pocztowym na adres

| | | |
|-------------|--------------|-----------|
| Imię | Nazwisko | |
| Ulica | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | |

odbiór gotówki w banku

| | |
|----------|----------------------|
| Imię | Nazwisko |
| Nr PESEL | Nr dowodu tożsamości |

Czy w związku z tym zdarzeniem przysługuje Panu(i) świadczenie z tytułu innej umowy ubezpieczenia? (jakiej?)

| |
|--|
| |
| |

Załączona dokumentacja lekarska

| |
|--|
| |
| |

**Klauzula
informacyjna**

Administratorem danych osobowych jest Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (02-675), ul. Wołoska 22A.

Z administratorem może się Pani/Pan kontaktować pisemnie na adres siedziby administratora, poprzez formularz kontaktowy pod adresem www.gothaer.pl lub za pośrednictwem inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email iod@gothaer.pl. Z inspektorem ochrony danych może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z Pani/Pana praw związanych z przetwarzaniem danych (z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się od dnia 25 maja 2018 r.).

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

1. wykonania umowy ubezpieczenia w części obejmującej likwidację szkody – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b lub c oraz art. 9 ust. 2 lit. f lub g Rozporządzenia PE i R (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (dalej: RODO);
2. ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest dochodzenie przez niego roszczeń;
3. ewentualnie w celu podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem wypłaceniu nienależnych świadczeń i odszkodowań – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest przeciwdziałanie wypłaceniu nienależnych świadczeń i odszkodowań;
4. reasekuracji ryzyk – na podstawie art. 6 ust.1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione lub przekazane podmiotom upoważnionym do pozyskania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa, innym zakładom ubezpieczeń i zakładom reasekuracji, audytorom, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu administratora (na podstawie umowy z administratorem, w zakresie przez niego wskazanym i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora), w tym podmiotom przeprowadzającym likwidację szkody. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego na terytorium państwa nienależącego do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), Pani/Pana dane mogą zostać udostępnione lub przekazane do takiego państwa trzeciego, w tym również do państwa niezapewniającego, według Komisji Europejskiej, odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych.

Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu szkody będącej przedmiotem prowadzonego postępowania likwidacyjnego, ewentualnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.

W sytuacji gdy likwidacja szkody jest związana z wykonaniem zawartej z Panią/Panem umowy – przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, np. w celu przekazania danych innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub umownym, w zależności od rodzaju umowy (ubezpieczenie obowiązkowe, dobrowolne), jest konieczne do likwidacji szkody - bez podania danych osobowych nie jest możliwa likwidacja szkody.

**Oświadczenia
Ubezpieczającego**

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie Gothaer TU S.A., w imieniu którego występuje upoważniony lekarz wszelkich informacji i dokumentacji lekarskiej o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia, oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie informacji o stanie zdrowia, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej), które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.
2. Zwalniam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Gothaer TU S.A. dokumentacji z mojego leczenia.
3. W celu usprawnienia i przyspieszenia procesu likwidacji szkody wyrażam zgodę na prowadzenie z Gothaer TU S.A. korespondencji dotyczącej niniejszego zgłoszenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail. TAK NIE
4. W razie złożenia reklamacji do Gothaer TU S.A., wnoszę o dostarczenie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną. TAK NIE
5. Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Każde niezgodne z prawdą oświadczenie lub inne działania mające na celu wprowadzenie w błąd Gothaer TU S.A. może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

Nr agenta / pośrednika

Data i czytelny podpis Uprawnionego

Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego