

# ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

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

## I. Wypełnia Ubezpieczony / Uprawniony

### 1. UBEZPIECZAJĄCY



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

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 9 w Bełchatowie

Adres z kodem pocztowym: os. Dolnośląskie 204a

9 7 - 4 0 0 Bełchatów

Nr telefonu: 44 633 46 80

Adres e-mail: sp9@belchatow.pl

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 / Sądu jeżeli w sprawie prowadzone jest/było postępowanie: .....

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 zgłoszenia 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<sup>1</sup>:



#### 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.

.....  
miejsce, dnia

.....  
podpis Ubezpieczonego / Uprawnionego

<sup>1</sup> W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ”



**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](mailto: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 i 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.

## II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy: EDU-A/P 084127		pieczęć Ubezpieczającego
Okres ubezpieczenia: od 0 1 - 0 9 - 2 0 2 0 do 3 1 - 0 8 - 2 0 2 1		
Suma ubezpieczenia: 20 000,00 zł słownie dwadzieścia tysięcy złotych		
Wariant ubezpieczenia Opcja Podstawowa + Opcje Dodatkowe		
Imię i nazwisko Ubezpieczonego:		
Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu (zaznaczyć właściwe pole): <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas / w ramach:		
<input type="checkbox"/> obowiązkowych zajęć szkolnych <input type="checkbox"/> szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych		
<input type="checkbox"/> zawodów (jakich?) ..... <input type="checkbox"/> pozaszkolnych klubów sportowych <input type="checkbox"/> inne		
Data urodzenia: [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]		
Wysokość składki: 50 zł słownie pięćdziesiąt złotych 00/100		
Składkę opłacono do dnia: 3 1 - 1 0 - 2 0 2 0		

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....  
miejsowość, dnia

.....  
podpis Ubezpieczającego

pola wyboru oznaczyć znakiem X