

# Zgłoszenie szkody Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw nieszczesliwych 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 ( \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_

Czy zdarzenie związane było z:

wypadkiem komunikacyjnym     wykonywaniem pracy zarobkowej     wycynowym 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 Ubezpiezonego
- 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 /  
wypłaty  
świadczenia**

W jaki sposób Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group ma dokonać zwrotu opłaconych kosztów lub wypłaty świadczenia?

przelewem bankowym na konto

Imię

Nazwisko

na konto nr

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowości

Kod pocztowy

przekazem pocztowym na adres

Imię

Nazwisko

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowości

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 Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group 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.wiener.pl](http://www.wiener.pl) lub za pośrednictwem inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email [iod@wiener.pl](mailto:iod@wiener.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 wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest przeciwdziałanie wypłacaniu 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  
Ubezpieczają-  
cego**

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group, 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 nadę mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji z mojego leczenia.
3. W celu usprawnienia i przyspieszenia procesu likwidacji szkody wyrażam zgodę na prowadzenie z Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group korespondencji dotyczącej niniejszego zgłoszenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail.  TAK  NIE
4. W razie złożenia reklamacji do Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group, 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 Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

\_\_\_\_\_  
Nr agenta / pośrednika

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Uprawnionego

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego