Zgłoszenie szkody
Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków

INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

PIECZĘĆ SZKOŁY
(pieczętuje szkoła)

Gothaer

Nr szkody

Nr Centrum Alarmowego

Zgłaszający szkodę

Jan — Imię
Kowalski — Nazwisko
Piękna — Adres zamieszkania
1 — Nr domu
01-150 — Kod pocztowy
Warszawa — Miejscowość
73010216734 — Nr PESEL
Data i miejsce urodzenia
602 445 945 — Telefon
wanko@wanko.pl — Adres e-mail

Ubezpieczony/ Poszkodowany

Paweł Kowalski — Imię i nazwisko
Piękna — Adres zamieszkania
1 — Nr domu
01-150 — Kod pocztowy
Warszawa — Miejscowość
11282016734 — Nr PESEL
Data i miejsce urodzenia
Telefon
Adres e-mail

Uprawniony (w przypadku śmierci Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko	Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość)	Telefon / Adres e-mail	Charakter uprawnionego
			☐ Opiekun prawny ☐ Inny uprawniony
			☐ Opiekun prawny ☐ Inny uprawniony
			☐ Opiekun prawny ☐ Inny uprawniony

Polisa

Seria i numer polisy: PWB 012345

Dane dotyczące zdarzenia

Data wypadku / zachorowania: 02 (Dzień) – 09 (Miesiąc) – 2018 (Rok)

Godzina wypadku: 17 : 00

Miejsce zdarzenia (kraj, miejscowość, ulica)

Polska, Warszawa, Kościuszki 5

Opis okoliczności zdarzenia

Syn biegł, potknął się o krawężnik, upadł. Zgłosiłem się z dzieckiem do lekarza.

Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć Poszkodowanego? ☒ Nie ☐ Tak

Data zgonu: – – (Dzień – Miesiąc – Rok)

Doznane obrażenia /nazwa zachorowania (diagnoza lekarska)

Zgodnie z dokumentacją medyczną.

Kto i kiedy udzielił Poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

Zgodnie z dokumentacją medyczną.

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	**(ewentualnie wskazać)** Adres	
☐ Straż miejska	Adres	
☐ Straż pożarna	Adres	
☐ Pogotowie ratunkowe	Adres	
☐ Inne (jaka instytucja?)	Adres	

Czy zdarzenie związane było z:

☐ wypadkiem komunikacyjnym ☐ wykonywaniem pracy zarobkowej ☐ wyczynowym 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 / wypłaty świadczenia

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

X przelewem bankowym na konto

(polecamy przelew bankowy)

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 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 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 udost ępnienie 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. [X] TAK [ ] NIE
4. W razie złożenia reklamacji do Gothaer TU S.A., wnoszę o dostarczanie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną. [X] TAK [ ] NIE
5. Oświadczam, ze 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

2018.09.05, Jan Kowalski

Data i czytelny podpis Uprawnionego

Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego