

Zgłoszenie szkody
Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw
nieszczęśliwych wypadków



INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

Form fields for 'Nr szkody' and 'Nr Centrum Alarmowego'.

Form fields for 'Zgłaszający szkodę' including Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania, Nr domu, Nr lokalu, Kod pocztowy, Miejscowość, Nr PESEL, Data i miejsce urodzenia, Telefon, and Adres e-mail.

Form fields for 'Ubezpieczony/ Poszkodowany' including Imię i nazwisko, Adres zamieszkania, Nr domu, Nr lokalu, Kod pocztowy, Miejscowość, Nr PESEL, Data i miejsce urodzenia, Telefon, and Adres e-mail.

Table with 4 columns: Imię i nazwisko, Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość), Telefon / Adres e-mail, and Charakter uprawnionego. It contains three rows for authorized persons.

Form fields for 'Polisa' including 'Seria i numer polisy'.

Form fields for 'Dane dotyczące zdarzenia' including Date of accident, Time of accident, Location of accident, Description of accident, Whether death occurred, Date of death, Medical injuries, and First medical aid.

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

☐ 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:

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

☐ przelewem bankowym na konto

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

☐ przekazem pocztowym na adres

Imię		Nazwisko	
na konto nr			
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:

- 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);
- 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;
- 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;
- 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 udzielają 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