

Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia turystycznego oferowanego przez Compensa TU S.A Vienna Insurance Group

Ubezpieczeni w podróży

INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD TEL. 22 501 33 28; e-mail: travel@global-assistance.pl

W celu umożliwienia nam szybkiego i właściwego rozpatrzenia roszczenia wypełnij formularz dokładnie i szczegółowo.

Nr szkody _____ Nr Centrum Alarmowego _____

INFORMACJE OGÓLNE:

Zgłoszone roszczenie dotyczy ubezpieczenia :

- Koszty leczenia i usług assistance Przymusowej izolacji i kwarantanny z powodu COVID-19 Opóźnienia lotu Zwrotu za niewykorzystany karnet narciarski
- Następstw nieszczęśliwych wypadków Zwrotu za koszty leczenia na terenie RP Sprzętu sportowego Bagażu podróznego Rezygnacji z imprezy
- Rezygnacji z imprezy i wcześniejszego powrotu Rezygnacji z biletu Rezygnacji z noclegu Odpowiedzialności cywilnej

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 leczyl się w związku ze zgłaszany obecnie wypadkiem / zachorowaniem.

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

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

<input type="checkbox"/> Policja	_____
	Adres
<input type="checkbox"/> Straż miejska	_____
	Adres
<input type="checkbox"/> Straż pożarna	_____
	Adres
<input type="checkbox"/> Pogotowie ratunkowe	_____
	Adres
<input type="checkbox"/> Inne	_____
	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	

SZKODA:**DOTYCZY SZKODY Z UBEZPIECZENIA TURYSTYCZNEGO:**

Koszty leczenia: _____
Kwota

Zwrot opłaconych kosztów/wypłata świadczenia _____
Kwota

DOTYCZY SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZOTÓW REZYGNACJI IMPREZY/BILETU/NOCLEGU:

Data i miejsce wykupienia polisy: _____
Dzień Miesiąc Rok Miejsce

Data i miejsce rezerwacji podróży/biletu/noclegu: _____
Dzień Miesiąc Rok Miejsce rezerwacji

Nazwa przewoźnika (dotyczy anulacji z biletu) Nazwa obiektu noclegowego (dotyczy anulacji z noclegu)

Nazwa i numer rezerwacji podróży (dotyczy imprezy turystycznej)

Sposób dokonania rezerwacji podróży / wykupienia biletu/wykupienia noclegu:

osobiście lub inne osoby za pośrednictwem Biura Podróży przez Internet a umowę otrzymałem/am na adres e-mail lub dostarczono pocztą tradycyjną

przez telefon a umowę otrzymałem /am na adres e-mail lub dostarczono pocztą tradycyjną w innej formie – podaj w jakiej?

Inna forma dokonania rezerwacji

Dane dotyczące wszystkich osób, które anulowały podróz. W razie potrzeby kontynuuj na odrębnej kartce:

Imię i nazwisko	Data urodzenia

Data zajścia zdarzenia zmuszającego rezygnacji z podróży / anulacji biletu / anulacji noclegu: _____
Dzień Miesiąc Rok Kraj i miejsce zdarzenia

Data poinformowania o rezygnacji Biuro Podróży / przewoźnika / obiekt hotelowy: _____
Dzień Miesiąc Rok Kraj i miejsce zdarzenia

Wysokość kosztów (potrąceń naliczonych przez Biuro Podróży / przewoźnika) :

Rezygnacja z imprezy turystycznej / anulacji biletu lub noclegu _____ w zł
Kwota

Wcześniejszym powrotem do RP _____ w zł
Kwota

Zakupem biletu powrotnego _____ w zł
Kwota

Przymusowej izolacji i kwarantanny zagranicą z powodu COVID-19 _____ w zł
Kwota

Przyczyna zdarzenia lub rezygnacji z imprezy lub wcześniejszego powrotu z imprezy turystycznej lub anulacji biletu / noclegu:

Nagłe zachorowanie _____
Kiedy, jakie objawy, jaka diagnoza medyczna oraz zakres udzielonej pomocy

Nieszczęśliwy wypadek _____
Kiedy, w jakich okolicznościach, z jakiej przyczyny, miejsce zdarzenia oraz zakres udzielonej pomocy

Wypadek komunikacyjny _____
Kiedy, w jakich okolicznościach, z jakiej przyczyny, miejsce zdarzenia, zakres udzielonej pomocy

Inne zdarzenie _____
Opisz zdarzenie nie zawarte w poprzednich opcjach

Dane osoby zgłaszającej do Biura Podróży / przewoźnika / obiektu hotelowego rezygnacja z podróży lub anulacja biletu / noclegu :

Czy Ubezpieczony jest osobą towarzyszącą w podróży? Tak Nie _____
Imię i nazwisko

Czy Ubezpieczony jest osobą bliską? Tak Nie _____
Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa (prosimy o załączenie kopii dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo)

Lista dokumentów do ubezpieczenia turystycznego:

- ✓ Potwierdzenie wykupienia polisy lub ubezpieczenia w Biurze Podróży / Organizatora;
- ✓ Dokumentacja lekarska wraz z diagnozą i datą udzielenia pomocy;
- ✓ Rachunki za poniesione koszty;
- ✓ Dokumentacja medyczna kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań;
- ✓ Zaświadczenie lekarskie o zakończonym leczeniu (ubezpieczenie NNW);
- ✓ Dokumenty potwierdzające wystąpienie roszczenia wobec Ubezpieczonego (ubezpieczenie OC);
- ✓ Dokumentacja medyczna w przypadku szkody na osobie (Ubezpieczenie OC);
- ✓ Dowody poniesionych kosztów i ich zapłaty za naprawę lub zakup uszkodzonej/ zniszczonej rzeczy (ubezpieczenie OC);
- ✓ Potwierdzenie zniszczenia, utraty, kradzieży bagażu podróжного;
- ✓ Potwierdzenie od przewoźnika o opóźnieniu lotu;
- ✓ Potwierdzenie zakupu sprzętu sportowego należącego do Ubezpieczonego, który uległ kradzieży lub zniszczeniu;
- ✓ Dowody poniesionych kosztów i ich zapłaty za koszty zakwaterowania, wyżywienia zagranicą i transportu do RP z powodu przymusowej izolacji i kwarantanny w wyniku kontaktu z osobą chorą podejrzaną o zakażenie Covid-19 lub decyzji rządowych kraju w którym przebywa na imprezie turystycznej;
- ✓ Raport policji z miejsca zdarzenia, straży pożarnej lub innych służ, których interwencja była wymagana;
- ✓ Kopia aktu zgonu lub inny dokument określający przyczynę zgonu;
- ✓ Zeznania świadków;
- ✓ Inne dokumenty związane z zaistniałym zdarzeniem, mające na celu ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Lista dokumentów do ubezpieczenia od kosztów rezygnacji:

- ✓ Potwierdzenie wykupienia polisy lub ubezpieczenia w Biurze Podróży / Organizatora;
- ✓ Dokumentacja lekarska wraz z diagnozą i datą udzielenia pomocy;
- ✓ Rachunki za poniesione koszty;
- ✓ Dokumentacja medyczna kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań;
- ✓ Umowa uczestnictwa w imprezie, potwierdzenie rezerwacji biletu, noclegu w hotelu, wynajmu jachtu;
- ✓ Oświadczenie Biura Podróży o wysokości potrąceń z tytułu rezygnacji z imprezy / wcześniejszego powrotu z imprezy;
- ✓ W przypadku anulacji biletu lub noclegu w obiekcie noclegowym potwierdzenie o wysokości potrąceń odpowiednio z linii lotniczych bądź organizatora turystyki lub obiektu noclegowego lub od innego dostawcy usług turystycznych;
- ✓ Dowody poniesionych kosztów i ich zapłaty za imprezę lub bilet lub nocleg;
- ✓ Dowody poniesionych kosztów i ich zapłaty za transport powrotny w przypadku wcześniejszego powrotu z imprezy i poniesienia wcześniej uzgodnionych kosztów z Centralą Alarmową;
- ✓ Dokumentacja potwierdzająca konieczność rezygnacji z uczestnictwa w imprezie, anulacji biletu, anulacji noclegu lub wcześniejszego powrotu do RP lub kraju rezydencji, a w szczególności dokumentacja lekarska, raport z policji potwierdzające wystąpienie szkody na mieniu, zaświadczenie miejscowych władz stwierdzające wystąpienie zdarzenia losowego;
- ✓ Raport policji z miejsca zdarzenia, straży pożarnej lub innych służb, których interwencja była wymagana;
- ✓ Kopia aktu zgonu lub inny dokument określający przyczynę zgonu;
- ✓ Zeznania świadków;
- ✓ Inne dokumenty związane z zaistniałym zdarzeniem, mające na celu ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.

Kluczowa informacyjna **KTO JEST ADMINISTRATOREM DANYCH OSOBOWYCH**
Administratorem danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-342), Al. Jerozolimskie 162.

JAK SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z ADMINISTRATOREM, INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Z administratorem może się Pani/Pan kontaktować poprzez adres e-mail centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres siedziby administratora wskazany powyżej. Administrator powołał inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z Pani/Pana praw związanych z przetwarzaniem danych, poprzez adres e-mail iod@vig-polska.pl lub na adres siedziby administratora wskazany powyżej.

W JAKIM CELU PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I PODSTAWY PRAWNE RODO

Państwa dane osobowe przetwarzamy w celach następujących i w oparciu o następujące podstawy prawne:

- likwidacji zgłoszonych szkód – art. 6 ust. 1 lit. c) i f) oraz art. 9 ust. 2 lit. f) RODO;
- ewentualnie, w celu dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – art. 6 ust. 1 lit. f) oraz art. 9 ust. 2 lit. f) RODO;
- ewentualnie, w celu podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań – art. 6 ust. 1 lit. f) RODO;
- reasekuracji ryzyk – art. 6 ust. 1 lit. f) RODO;
- gromadzenia danych statystycznych w celu ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości – art. 6 ust. 1 lit. c) RODO.

(RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE).

KTO MOŻE BYĆ ODBIORCĄ DANYCH OSOBOWYCH

Odbiorcami danych osobowych mogą być inne zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji, audytorzy, a także podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu administratora (na podstawie umowy z administratorem, w zakresie przez niego wskazanym i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora), w tym podmioty zapewniające usługi wsparcia (np. informatycznego i administracyjnego), podmioty przeprowadzające likwidację szkody, podmiotom przetwarzającym dane w celu dochodzenia należności, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom archiwizującym lub usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku.

JAK DŁUGO PRZECHOWUJEMY DANE OSOBOWE

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

JAKIE PRAWA PAŃSTWU PRZYSŁUGUJĄ

Na zasadach przewidzianych w RODO, mają Państwo prawo do:

- dostępu do danych;
- sprostowania danych;
- usunięcia danych;
- ograniczenia przetwarzania danych;
- wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją w przypadku, gdy dane osobowe przetwarzane są na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest konieczne do obsługi zgłoszenia i do przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody (bez podania danych osobowych zgłoszenie nie zostanie uwzględnione, a likwidacja szkody nie jest możliwa).

**Oświadczenia
Ubezpieczają-
cego**

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie Compensa 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 nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji z mojego leczenia.
3. W celu usprawnienia i przyspieszenia procesu likwidacji szkody wyrażam zgodę na prowadzenie z Compensa 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 Compensa 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 Compensa 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