

# Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów rezygnacji oferowanego przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group (dalej: Compensa)

## ZGŁASZANIE SZKÓD - e-mail: kontakt@wiener.pl

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

Nr szkody

### Część A - wypełnia Ubezpieczony:

#### Zgłaszający szkodę

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL lub data urodzenia w przypadku cudzoziemca \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

Adres e-mail \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

#### Dane dotyczące zdarzenia

Rodzaj szkody:

- Koszty rezygnacji z imprezy / usługi turystycznej
- Koszty rezygnacji i przerwania uczestnictwa w imprezie / usłudze turystycznej
- Koszty anulacji biletu
- Koszty anulacji noclegu
- Inna: \_\_\_\_\_

Nazwa biura podróży lub innego podmiotu, w których wykupiono imprezę turystyczną / bilet / nocleg / wycieczkę jednodniową / rejs / czarter jachtu / konferencję / szkolenie / wynajem pojazdu / szkolenie / warsztaty i inne:

Kraj wyjazdu: \_\_\_\_\_

Data wykupienia wyjazdu / biletu / noclegu / rejsu / szkolenia / wynajmu pojazdu: \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Pierwszy dzień imprezy / dzień wyjazdu / dzień zakwaterowania / dzień rejsu / dzień szkolenia / dzień wynajmu pojazdu: \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Ostatni dzień imprezy / dzień powrotu: \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Środek transportu dotarcia na imprezę (samolot / dojazd własny / autokar / kolej / inny): \_\_\_\_\_

Przyczyna rezygnacji z usługi turystycznej w tym imprezy turystycznej / Przyczyna przerwania usługi turystycznej :

- Nagłe zachorowanie
- Nieszczęśliwy wypadek
- Śmierć
- Zdarzenie związane z mieniem
- Zdarzenie związane z ciężką
- Inne: \_\_\_\_\_

Data zajścia zdarzenia zmuszającego do rezygnacji z usługi (imprezy turystycznej, biletu, noclegi, rejsu, szkolenia, wynajmu pojazdu itd.): \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Data pisemnego poinformowania Biuro Podróży / Przewoźnika lub obiektu noclegowego lub innego Dostawcy usługi o rezygnacji lub przerwania podróży: \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Pole do opisanie zdarzenia które było przyczyną rezygnacji:

Jeżeli zgłoszenie do Ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym z rezygnacji nie nastąpiło w ciągu do 7 dni od daty powiadomienia Biura Podróży/ przerwania podróży nie później niż w terminie 2 dni od dnia powzięcia wiadomości o zdarzeniu, prosimy o podanie powodu.

Pole do opisu tego powodu

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nie dotyczy \_\_\_\_\_

Kogo dotyczy zdarzenie:

Ubezpieczonego  TAK  NIE

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Osoby bliskiej nie biorącej udziału w podróży  TAK  NIE

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Stopień pokrewieństwa: \_\_\_\_\_ Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Współuczestnik podróży  TAK  NIE

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Oświadczenia:

- Wyrażam zgodę na przekazywanie Compensie, w imieniu której 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.
- Zwalniam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Compensie dokumentacji z mojego leczenia.
- Upoważniam Compensę do pozyskiwania w moim imieniu od organizatora turystyki uzasadnienia wysokości opłat za odstąpienie od umowy o udział w imprezie turystycznej, stosownie do postanowień art. 47 ust. 2 Ustawy z dnia 24.11.2017 r. o imprezach turystycznych.
- W celu usprawnienia i przyspieszenia procesu likwidacji szkody wyrażam zgodę na prowadzenie z Compensą korespondencji dotyczącej niniejszego zgłoszenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail.  TAK  NIE
- 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 Compensę może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.
- Oświadczam, że posiadam / nie posiadam ubezpieczenia w innym zakładzie ubezpieczeń pokrywającego swym zakresem zdarzenie zgłaszanej szkody:

Nazwa Zakładu Ubezpieczeń \_\_\_\_\_ nr polisy: \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE

Niżej podpisana/y \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

legitymująca/y się dokumentem stwierdzającym tożsamość \_\_\_\_\_  
dowód osobisty / paszport zagraniczny / karta pobytu

seria \_\_\_\_\_ numer \_\_\_\_\_ wydany przez \_\_\_\_\_

zamieszkała/y w \_\_\_\_\_  
ulica, nr domu, nr mieszkania, miejscowość, kod pocztowy - wypełnić w przypadku gdy adres zamieszkania jest inny jak adres zameldowania

1. Oświadczam, że zgłaszane do Compensy koszty \_\_\_\_\_ w związku z roszczeniami zarejestrowanymi  
proszę podać łączną wartość roszczenia

pod nr \_\_\_\_\_ nie zostały mi zwrócone z żadnych innych źródeł, oraz nie stanowią  
nr sprawy zgłoszonej do Compensy  
przedmiot roszczenia przed innymi podmiotami rynku finansowego.

2. Oświadczam też, że w przypadku otrzymania ich zwrotu od Compensy nie będę występował o zwrot z innych zakładów ubezpieczeń, ani od innych podmiotów.

3. Przyjmuje do wiadomości, że nie zostały mi zwrócone z żadnych innych źródeł, oraz nie stanowią przedmiot roszczenia przed innymi podmiotami rynku finansowego. Oświadczam też, że w przypadku otrzymania ich zwrotu od Compensy nie będę występował o ich zwrot z innych zakładów ubezpieczeń, ani od innych podmiotów.

Dane do wypłaty świadczenia – podaj dane właściciela rachunku bankowego:

Właściciel rachunku: \_\_\_\_\_

Nr konta bankowego: \_\_\_\_\_

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Czytelny podpis

## Część B - wypełnia Biuro Podróży:

Nr polisy kosztów rezygnacji: \_\_\_\_\_ Data zakupu polisy: \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Data powiadomienia przez Ubezpieczonego o rezygnacji z udziału w imprezie turystycznej / innej usługi: \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Cena imprezy turystycznej / biletu / noclegu / innej usługi (bez ceny za ubezpieczenie podróże i koszty rezygnacji): \_\_\_\_\_ PLN  
cena za 1 osobę

Wysokość potrąconych przez Biuro Podróży kosztów: \_\_\_\_\_ PLN

Wysokość dodatkowych kosztów transportu powrotnego: \_\_\_\_\_ PLN

Wysokość niewykorzystanych świadczeń podróży (zakwaterowanie i wyżywienie) w przypadku przerwania podróży: \_\_\_\_\_ PLN

Dane osoby do kontaktu w przypadku dodatkowych pytań, wyjaśnień dla Biura Likwidacji Szkód:

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_  
Adres e-mail \_\_\_\_\_

Data

Pieczętka firmowa i podpis pracownika Biura Podróży

## Część C - Lista dokumentów do ubezpieczenia od kosztów rezygnacji

- Kopia polisy (nie dotyczy osób ubezpieczonych w ramach imprez zakupionych w biurach podróży).
- Umowa uczestnictwa w imprezie turystycznej indywidualna lub grupowa (grupowa jeśli została podpisana dla całej grupy na jedną podróż).
- Potwierdzenie rezerwacji w obiekcie noclegowym, wynajem jachtu lub pojazdu wraz z potwierdzeniem o anulacji rezerwacji.
- Bilet podróży lub bilet wstępu i potwierdzenie o anulacji biletu podróży poświadczony w biurze podróży lub wygenerowany z serwisu internetowego.
- W przypadku anulacji biletu potwierdzenie o wysokości potrąceń odpowiednio z linii lotniczych (screen ekranu potwierdzenia anulacji z aplikacji w telefonie) bądź organizatora turystyki, który pośredniczył w zakupie biletu.
- W przypadku anulacji z noclegu w obiekcie noclegowym, potwierdzenie o wysokości potrąceń z obiektu noclegowego lub od innego dostawcy usług turystycznych, który pośredniczył w rezerwacji noclegu.
- Dowody poniesionych kosztów i zapłaty za transport powrotny w przypadku przerwania podróży i wcześniejszego powrotu i poniesienia wcześniej uzgodnionych z Centralą Alarmową kosztów.

Dodatkowe, ważne dokumenty do zgłoszenia szkody:

- Dokumentacja lekarska z wizyty stacjonarnej, telemedycznej lub z udzielenia pierwszej pomocy SOR lub z karetki pogotowia zawierającą rozpoznanie, diagnozę wraz z dalszymi zaleceniami lekarskimi.
- Zaświadczenie lekarskie o niemożności skorzystania z usług turystycznych danego rodzaju w tym o charakterze sportowym z informacją o szacowanym okresie leczenia.
- Protokół policji z miejsca zdarzenia, straży pożarnej lub innych służb ratunkowych których interwencja była wymagana.
- Kopia aktu zgonu wraz z kartą zgonu potwierdzającą przyczynę zgonu.
- Zaświadczenie o utracie pracy.
- Zaświadczenie od pracodawcy o terminie podjęcia w pracy przypadający na termin rozpoczęcia podróży.
- Kopia rachunków i dowodów opłat za transport powrotny.
- Zaświadczenie z biura podróży o kosztach transportu powrotnego o ile był przewidziany w umowie uczestnictwa w imprezie turystycznej.
- Inne dokumenty związane z zaistniałym zdarzeniem, mające na celu ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela takie jak: pozyskiwanie dokumentacji medycznej z dotychczasowego przebiegu leczenia choroby Ubezpieczonego lub osoby bliskiej Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży lub osoby bliskiej współuczestnika podróży – jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy osoby bliskiej lub współuczestnika imprezy, lub osoby bliskiej współuczestnika.

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

### Kluczula 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](mailto: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](mailto: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 ustalenia 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).