

Zgłoszenie szkody osobowej z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Nr szkody

DATA I MIEJSCE WYPADKU

Miejsce wypadku

Data i godzina wypadku - - :
Dzień Miesiąc Rok Godzina

Data zgłoszenia roszczenia odszkodowawczego - -
Dzień Miesiąc Rok

SPRAWCA WYPADKU

Imię Nazwisko

PESEL

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy -

Marka pojazdu Nr rejestracyjny

Nr prawa jazdy Kategoria prawa jazdy

Wydane przez

Rodzaj ubezpieczenia

Nr polisy
Seria Numer

POSZKODOWANY/UPRAWNIONY

Imię Nazwisko

Nazwa firmy/institucji

PESEL REGON

Zawód wyuczony Zawód wykonywany

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy -

Telefon Adres e-mail

UBEZPIECZAJĄCY

Imię Nazwisko

Nazwa firmy/institucji

PESEL REGON

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy -

Telefon Adres e-mail

UBEZPIECZONY

Imię _____ Nazwisko _____

Nazwa firmy/instytucji _____

PESEL _____ REGON _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ - _____

Telefon _____ Adres e-mail _____

OPIEKUN PRAWNY

Imię _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ - _____

PESEL _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

JEDNOSTKA OBECNA NA MIEJSCU ZDARZENIA

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

- policja _____
Adres _____
- straż miejska _____
Adres _____
- straż pożarna _____
Adres _____
- pogotowie ratunkowe _____
Adres _____
- inne (jaka instytucja?) _____
Adres _____

ŚWIADKOWIE ZDARZENIA

Czy na miejscu zdarzenia obecni byli świadkowie? Nie Tak

Imię _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ - _____

Telefon _____ Adres e-mail _____

Imię _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ - _____

Telefon _____ Adres e-mail _____

OPIS PRZEBIEGU ZDARZENIA

Dokładny opis zdarzenia (miejsce, data, godzina, okoliczności, przebieg, przyczyna):

INFORMACJE DODATKOWE

Czy poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? Nie Tak

Czy wypadek był jednocześnie wypadkiem przy pracy? Nie Tak

Poszkodowany / uprawniony

otrzymał świadczenie z ZUS w wysokości _____

z tytułu _____

nie otrzymał żadnego świadczenia z ZUS

nie ubiegał się o świadczenie z ZUS

Stan zdrowia i ewentualne schorzenia istniejące przed wypadkiem.

W przypadku orzeczenia przed wypadkiem uszczerbku na zdrowiu podać: a) uszkodzony organ, narząd lub układ; b) rodzaj uszkodzenia; c) stopień orzeczonego uszczerbku na zdrowiu.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem danych osobowych jest Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (dalej: Wiener) 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 lub za pośrednictwem inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email 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:**

- 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 wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest przeciwdziałanie wypłacaniu 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.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Przyjmuję do wiadomości, że podanie niezgodnych z prawdą lub niepełnych informacji może spowodować skutki prawne.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach na podstawie Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 poz. 926 z późn. zm.), związanych z wyrażeniem zgody, w tym o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, oraz o celu, w jakim dane te są przekazywane. Wiener z siedzibą w Warszawie przy ul. Wołoskiej 22A informuje, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane i przetwarzane w związku z postępowaniem likwidacyjnym. Zwalniam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody / uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia i wyrażam zgodę na udostępnienie Wiener dokumentacji z mojego leczenia.

ZGŁASZAJĄCY SZKODĘ

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

Stosunek do poszkodowanego/uprawnionego _____

Data i czytelny podpis zgłaszającego szkodę

Data i podpis przyjmującego zgłoszenie