Colonnade Insurance Société Anonyme
Oddział w Polsce
ul. Marszałkowska 111
00-102 Warszawa, Polska

+48 22 528 51 00
+48 22 528 52 52
szkody@colonnade.pl
www.colonnade.pl

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

z umowy ubezpieczenia placówek oświatowych

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA/
OPIEKUN PRAWNY OSOBY UBEZPIECZONEJ

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA

1. Formularz zgłoszenia roszczenia powinien zostać uzupełniony przez osobę ubezpieczoną. Jeżeli osoba ubezpieczona nie ukończyła 18 lat, formularz powinien zostać uzupełniony przez prawnego opiekuna. W przypadku rozbieżności pomiędzy nazwiskiem osoby ubezpieczonej, a osoby zgłaszającej roszczenie – prosimy o załączenie stosownej dokumentacji potwierdzającej, iż zgłaszający roszczenie jest prawnym opiekunem osoby ubezpieczonej.
2. Prosimy o załączenie do niniejszego formularza następujących dokumentów:
   1) kopii pełnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem (w przypadku gdy roszczenie dotyczy pobytu w szpitalu prosimy o załączenie również kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego)
   2) raportów policyjnych oraz wyniku badania na zawartość alkoholu we krwi Osoby Ubezpieczonej (jeżeli zostały sporządzone)
   3) w przypadku ubezpieczenia obejmującego zwrot kosztów leczenia powypadkowego prosimy o załączenie oryginałów rachunków za poniesione koszty; w przypadku dostarczenia kopii rachunków prosimy dodatkowo o załączenie oświadczenia Osoby Ubezpieczonej, że nie występowała i nie będzie występowała do innych zakładów ubezpieczeń o zwrot ww. kosztów
   4) w przypadku rozbieżności nazwisk Zgłaszającego i Osoby Ubezpieczonej prosimy o przesłanie dokumentacji potwierdzającej, iż Zgłaszający wniosek jest prawnym opiekunem Osoby Ubezpieczonej.

   Aby dokonać zgłoszenia roszczenia prosimy o przesłanie wypełnionego formularza wraz z wymaganymi dokumentami e-mailem na adres: **szkody@colonnade.pl** lub pocztą na adres Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce.
3. W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Działem Likwidacji Szkód pod numerem telefonu 22 528 51 00, dostępnym od poniedziałku do czwartku w godzinach 9.00–17.00, a w piątki w godzinach od 9.00–16.00 lub na adres e-mail: szkody@colonnade.pl.

1. Numer polisy .....
2. Imię i nazwisko Osoby Ubezpieczonej .....
3. Data urodzenia Osoby Ubezpieczonej [DD-MM-RRRR] .....
4. Numer PESEL Osoby Ubezpieczonej .....
5. Imiona rodziców .....
6. Adres korespondencyjny .....
7. Adres e-mail do rodziców* .....
8. Numer telefonu do rodziców* .....

* Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.

9. **Potwierdzenie ubezpieczenia – podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie oraz pieczątka szkoły**
   1) **Nazwa szkoły** .....
   2) **Adres szkoły** .....
   3) **Numer telefonu** .....
   4) **Data wypełnienia** [DD-MM-RRRR] .....

.....
podpis osoby potwierdzającej

.....
pieczątka szkoły

10. Data i miejsce wypadku .....

11. Opis wypadku i nazwiska ewentualnych świadków .....

.....

.....

.....

12. Okres pobytu w szpitalu (całodobowo) (prosimy dołączyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego)

od [DD-MM-RRRR] ..... do [DD-MM-RRRR] .....

DYSPOZYCJA WYPŁATY

Przyznane świadczenie proszę przekazać

☐ na rachunek bankowy nr __

nazwa banku .....

właściciel rachunku .....

☐ przekazem pocztowym na adres .....

W poniższych oświadczeniach prosimy zaznaczyć odpowiednie pola.

Oświadczenia Zgłaszającego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie w formularzu informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Złożenie poniższych oświadczeń jest dobrowolne. Jednakże wyrażenie **zgody na przetwarzanie danych o stanie zdrowia jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia** (wyrażenie zgody dotyczące stanu zdrowia ma zastosowanie tylko i wyłącznie do zgłoszenia szkody osobowej).

Ponadto, składając poniższe oświadczenia w imieniu osoby, której dane dotyczą, oświadczasz, że jesteś osobą do tego upoważnioną.

☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Colonnade danych osobowych zawartych w załączonej dokumentacji, w szczególności danych o stanie zdrowia, w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

Oświadczenia dodatkowe

☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Colonnade od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych).

☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na wniosek Colonnade w związku z weryfikacją moich danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, danych (nazw i adresów) świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1844 z późn. zm.).

☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę, aby inne zakłady ubezpieczeń udostępniały Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce moje dane osobowe przetwarzane przez te zakłady – w zakresie potrzebnym do ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Colonnade dokumentów związanych z postępowaniem dotyczącym zgłoszonej szkody na podany adres e-mail.

☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę, aby Colonnade udzielała informacji dotyczących statusu postępowania w sprawie roszczenia, w tym przekazywała treści pism/decyzji związane ze zgłaszanym roszczeniem Ubezpieczającemu/Brokerowi uczestniczącemu w postępowaniu.

☐ TAK ☐ NIE Oświadczam, iż jestem prawnym opiekunem Osoby Ubezpieczonej (zaznaczyć w sytuacji, gdy Osoba Ubezpieczona jest niepełnoletnia).

.....

czytelny podpis

ZASADY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest Colonnade Insurance S.A. działająca w Polsce przez oddział (dalej: Colonnade lub Administrator). Celem przetwarzania danych osobowych jest wykonanie umowy ubezpieczenia, które stanowi podstawę prawną ich przetwarzania. W przypadku innych osób niż Ubezpieczający podstawę prawną przetwarzania stanowi uzasadniony interes Administratora, którym jest wykonanie umowy. Podstawą prawną przetwarzania danych dotyczących stanu zdrowia jest zgoda.

Dane osobowe mogą być również przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, a konieczność ich przetwarzania wynika zawsze z przepisów prawa (dotyczących: działalności ubezpieczeniowej, rozpatrywania reklamacji, kwestii podatkowych i księgowych, obowiązków statystycznych i aktuarialnych oraz ochrony konsumentów), a także w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora (tj. zapobieganie szkodom Administratora poprzez przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, zapewnienie zgodności w zakresie międzynarodowych sankcji poprzez prowadzenie analiz, a także dochodzenie lub obrona przed roszczeniami wynikającymi z działalności Administratora, w tym podejmowanie niezbędnych działań dla ich zabezpieczenia).

Dane osobowe mogą być ujawnione innym podmiotom jedynie w związku z realizacją wyżej wymienionych celów i na podstawie pisemnej umowy (m.in. dostawcom usług IT, pośrednikom ubezpieczeniowym, likwidatorom szkód, windykatorom), a także innym podmiotom w związku z usprawiedliwionym celem Administratora (m.in. zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, instytucjom płatniczym, podmiotom świadczącym bezpośrednio usługi na rzecz poszkodowanego).

Dane osobowe, w zależności od celu, są przetwarzane zawsze nie dłużej niż to wynika z okresu przedawnienia roszczeń lub przepisów prawa. Dane osobowe mogą być przekazane do państw trzecich (poza Europejski Obszar Gospodarczy) jedynie w sytuacjach określonych przez prawo, w szczególności gdy zostaną spełnione warunki zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa danych osobowych. W celu przestrzegania ustanowionych sankcji międzynarodowych dane osobowe mogą zostać przekazane spółce DXC Technology z siedzibą w Stanach Zjednoczonych, która przystąpiła do programu Privacy Shield, co oznacza, że zapewnia stosowanie odpowiednich środków ochrony i bezpieczeństwa danych osobowych wymaganych przez przepisy europejskie.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (zarówno w Polsce, jak i w Luksemburgu), a także prawo do cofnięcia wyrażonych zgód. Podanie danych osobowych jest konieczne do wykonania umowy ubezpieczenia oraz wypełnienia obowiązków prawnych Colonnade. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe rozpatrzenie roszczenia. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne, tak samo jak adresu e-mail, chyba że wyrazisz zgodę na otrzymywanie dokumentacji w wersji elektronicznej lub ich podanie jest wymagane do zachowania bezpieczeństwa przesyłanych informacji (przekazywanie haseł).

Z Administratorem można się kontaktować, pisząc na adres oddziału Colonnade, dzwoniąc pod numer 22 528 51 00 oraz wysyłając e-mail: info@colonnade.pl. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności w sprawie skorzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, sprzeciwu, przekazywania danych poza obszar EOG, można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych w Colonnade (dpo@colonnade.pl) lub wysłać pismo na adres oddziału Colonnade.