



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 \_\_\_\_\_

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

Miejscowość \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Nr dowodu tożsamości \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

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

Miejscowość \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Nr dowodu tożsamości \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ 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:

#### ZWROT OPŁACONYCH KOSZTÓW / WYPŁATY ŚWIADCZENIA

W jaki sposób Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group (dalej: Compensa) ma dokonać zwrotu opłaconych kosztów lub wypłaty świadczenia?

- przelewem bankowym na konto

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Rachunek bankowy nr \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

przekazem pocztowym na adres

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

odbiór gotówki w banku

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

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

##### 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 email [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 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).

## OŚWIADCZENIE UBEZPIEZAJĄCEGO

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie Compensie 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 Compensie dokumentacji z mojego leczenia.
3. 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.  Nie  Tak
4. W razie złożenia reklamacji do Compensy wnoszę o dostarczenie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną.  Nie  Tak
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 Compensy może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

Nr agenta / pośrednika

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Uprawnionego

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego