

# ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

## z tytułu utraty mienia w okresie hospitalizacji

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

### INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA

- Formularz zgłoszenia roszczenia powinien zostać uzupełniony przez osobę ubezpieczoną.
- Prosimy o załączenie do niniejszego formularza następujących dokumentów:
  - dokument ze szpitala potwierdzający długość pobytu w szpitalu,
  - dowód, że miejsce, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, to miejsce zamieszkania Ubezpieczonego,
  - dokumentacja fotograficzna przedstawiająca uszkodzone mienie ruchome,
  - oryginały faktur i rachunków za naprawę lub wymianę uszkodzonego mienia,
  - urzędowy dokument (np. decyzja lub protokół policyjny), jeśli został sporządzony, informujący o okolicznościach zdarzenia,
  - dowód własności uszkodzonego lub utraconego mienia (faktury, karty gwarancyjne, instrukcje, umowy kupna).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.
- W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Biurem Obsługi Klienta Colonnade pod numerem telefonu 22 276 26 01, dostępnym od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00–17.00 lub na adres e-mail: **szkody@colonnade.pl**.

1. Imię i nazwisko poszkodowanego .....

2. Numer PESEL .....

3. Adres korespondencyjny .....

4. Numer telefonu\* .....

5. Adres e-mail\* .....

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

6. Numer polisy .....

7. Data powstania szkody [DD-MM-RR] .....

8. Miejsce powstania szkody .....

9. Szacunkowa wartość szkody .....

10. Opis zdarzenia .....

11. Okres hospitalizacji od [DD-MM-RRRR] ..... do [DD-MM-RRRR] .....

12. Do niniejszego zgłoszenia załączono następujące dokumenty:

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1) ..... | 6) .....  |
| 2) ..... | 7) .....  |
| 3) ..... | 8) .....  |
| 4) ..... | 9) .....  |
| 5) ..... | 10) ..... |

#### DYSPOZYCJA WYPŁATY

Przyznane świadczenie proszę przekazać

na rachunek bankowy nr \_\_\_\_\_

nazwa banku .....

właściciel rachunku .....

przekazem pocztowym na adres .....

#### UWAGA!

W razie zajścia wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia szkody oraz w celu zabezpieczenia zagrożonego mienia przed szkodą. Ubezpieczony nie może porzucić uszkodzonego mienia – pozostaje ono nadal własnością Ubezpieczonego, Colonnade nie odpowiada za zwiększenie się szkody będące skutkiem braku należytej opieki.

*W poniższych oświadczeniach prosimy zaznaczyć odpowiednie pola.*

#### Oświadczenia Zgłaszającego

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

Złożenie poniższych oświadczeń jest dobrowolne.

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

#### Oświadczenia dodatkowe

TAK  NIE Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce wszelkiej korespondencji związanej ze zgłoszonym przeze mnie zdarzeniem ubezpieczeniowym (w tym decyzji odszkodowawczych) na podany w zgłoszeniu adres e-mail.

TAK  NIE Wyrażam zgodę, aby inne zakłady ubezpieczeń udostępniały Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce moje dane osobowe przetwarzane przez te zakłady i inne informacje – w zakresie potrzebnym do ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.

.....  
miejsowość i data

.....  
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. Przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia jest dokonywane na podstawie i w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony przed wnoszonymi roszczeniami.

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). Mogą być przetwarzane także w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora (tj. zapobieganie szkodom Administratora przez przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, zapewnienie zgodności w zakresie międzynarodowych sankcji przez 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) lub innym podmiotom w związku z usprawiedliwionym celem

Administradora (m.in. zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, instytucjom płatniczym lub podmiotom świadczącym bezpośrednio usługi wobec osoby, której dane dotyczą). 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 związane z umową ubezpieczenia mogą zostać przekazane spółce DXC Technology z siedzibą w Stanach Zjednoczonych, na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, co oznacza, że zapewniono 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 (chyba że są one opcjonalne).

Z Administratorem można się kontaktować, pisząc na adres oddziału Colonnade, dzwoniąc pod numer 22 528 51 00 oraz wysyłając e-mail: [info@colonnade.pl](mailto: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](mailto:dpo@colonnade.pl)) lub wysłać pismo na adres oddziału Colonnade.