

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA z umowy ubezpieczenia placówek oświatowych z tytułu śmierci w wyniku NNW

WYPEŁNIA BENEFICJENT / OSOBA UPOSAŻONA

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA

- Formularz zgłoszenia roszczenia powinien zostać uzupełniony przez Beneficjenta lub Osobę Uposażoną.
- Prosimy załączyć do niniejszego formularza następujące dokumenty:
 - dokumentację medyczną stwierdzającą bezpośrednią przyczynę zgonu
 - akt zgonu
 - raport prokuratury
 - wynik sekcji zwłok (jeśli została przeprowadzona)
 - Akt poświadczenia dziedziczenia lub wynik postępowania spadkowego
 - odpis Aktu Małżeństwa lub odpis Aktu Urodzenia (jeśli Beneficjentem jest potomstwo lub małżonek Osoby Ubezpieczonej)
 - potwierdzoną notarialnie kopię dowodu osobistego Beneficjenta.Dokumenty dotyczące roszczenia z tytułu Śmierci w wyniku NNW prosimy przesłać pocztą na adres Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce w oryginałach lub jako kopie potwierdzone notarialnie.
- 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 9.00–16.00 lub na adres e-mail: szkody@colonnade.pl.

- Numer polisy / numer certyfikatu
Prosimy o podanie numeru polisy (w przypadku gdy Osoba Ubezpieczona nie otrzymała certyfikatu imiennego) lub numeru certyfikatu (w przypadku gdy wystawiono certyfikat imienny dla Osoby Ubezpieczonej).
 - Imię i nazwisko Osoby Ubezpieczonej
 - Data urodzenia Osoby Ubezpieczonej [DD-MM-RRRR]
 - Numer PESEL Osoby Ubezpieczonej
 - Imiona rodziców
 - Imię i nazwisko Beneficjenta
 - PESEL Beneficjenta
 - Adres korespondencyjny Beneficjenta
 - Adres e-mail Beneficjenta*
 - Numer telefonu Beneficjenta*
- * Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.
- Potwierdzenie ubezpieczenia – podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie oraz pieczętka szkoły**
Prosimy o wypełnienie tylko w przypadku, gdy Osoba Ubezpieczona nie otrzymała certyfikatu imiennego potwierdzającego przystąpienie do ubezpieczenia.
 - Nazwa szkoły
 - Adres szkoły
 - Numer telefonu
 - Data wypełnienia [DD-MM-RRRR]

12. Data i miejsce wypadku

13. Opis wypadku i nazwiska ewentualnych świadków

14. 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

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.

Oświadczenia dodatkowe

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.

.....
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). 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 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 związane z umową ubezpieczenia mogą zostać przekazane spółce DXC Technology z siedzibą w Stanach Zjednoczonych, na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję, 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. 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.