

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA z tytułu ubezpieczenia kosztów biletu

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA

1. Numer polisy .....
2. Numer biletu .....
3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego .....
4. Adres korespondencyjny .....
5. Adres e-mail .....
6. Numer telefonu .....
7. Powód rezygnacji z planowanej imprezy:  dotyczący stanu zdrowia  inny uniemożliwiający udział w wydarzeniu
8. Data zdarzenia [DD-MM-RRRR] .....
9. Dokładny opis okoliczności zdarzenia .....
10. Czy w związku ze zdarzeniem były sporządzone raporty policyjne?  TAK  NIE
11. Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot kosztu biletu lub karnetu?  TAK  NIE  
Jeśli tak, to do kogo? Prosimy podać nazwę i adres .....
12. Jeśli Ubezpieczony uzyskał zwrot kosztu biletu lub karnetu z innego źródła, jaka to była kwota? \_\_\_\_\_ zł

### DYSPOZYCJA WYPŁATY

Przyznane świadczenie proszę przekazać

na rachunek bankowy nr .....

Właściciel rachunku .....

## DOKUMENTACJA ROSZCZENIOWA

Do niniejszego wniosku prosimy załączyć następującą dokumentację:

- 1) e-mail potwierdzający zakup biletu lub karnetu wraz z załącznikami (polisa oraz bilet lub karnet dostarczony elektronicznie)
- 2) skan biletu lub karnetu, jeśli bilet dostarczony był w formie papierowej
- 3) dowody opłat wniesionych za bilet lub karnet.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody, możemy prosić o:

- a) w przypadku szkody dotyczącej stanu zdrowia – oświadczenie zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych i pozyskiwanie dokumentacji medycznej
- b) dokumentację medyczną wraz z diagnozą lekarską i potwierdzeniem przeciwwskazań do wzięcia udziału w wydarzeniu
- c) protokół policji
- d) akt zgonu
- e) zaświadczenie od pracodawcy lub ze szkoły/uczelni.

Zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.

*W poniższych oświadczeniach prosimy zaznaczyć odpowiednie pola.*

### Oświadczenia Zgłaszającego

- TAK  NIE Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Colonnade Insurance S.A. 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 Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce udzielała informacji dotyczących statusu postępowania w sprawie roszczenia, w tym przekazywała treści pism/decyzji związane ze zgłaszanym roszczeniem Ubezpieczającemu uczestniczącemu w postępowaniu.
- TAK  NIE Oświadczam, że z tytułu ww. zdarzenia ubezpieczeniowego nie otrzymałem/-am odszkodowania od innego zakładu ubezpieczeń bądź też od osoby trzeciej, nie czynię i nie będę czynił/-a starań, by takie świadczenie otrzymać.
- TAK  NIE Wyrażam zgodę, aby inne zakłady ubezpieczeń udostępniły 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.

### Oświadczenia wymagane w przypadku szkody dotyczącej stanu zdrowia

Złożenie poniższych oświadczeń jest dobrowolne. Jednakże wyrażenie zgody na przetwarzanie danych o stanie zdrowia jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, jeżeli powód rezygnacji związany był z kwestiami medycznymi (wyrażenie zgody dotyczące stanu zdrowia ma zastosowanie tylko i wyłącznie do zgłoszenia szkody).

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 Insurance S.A. Oddział w Polsce danych osobowych zawartych w załączonej dokumentacji, w szczególności danych o stanie zdrowia, w celu wykonania umowy ubezpieczenia.
- TAK  NIE Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, informacji, w tym kopii dokumentacji medycznej (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i w celu weryfikacji danych o stanie mojego zdrowia – niezbędnej do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia.
- TAK  NIE Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przychodnie, szpitale, inne placówki udzielające świadczeń zdrowotnych, na wniosek Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce w związku z weryfikacją moich danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia, 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.).

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

.....  
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. 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](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.