

ZGŁOSZENIE SZKODY

z tytułu ubezpieczenia odnawialnych źródeł energii (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej)

WYPEŁNIA OSOBA POSZKODOWANA

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA

- Formularz zgłoszenia roszczenia powinien zostać uzupełniony przez osobę poszkodowaną.
- Prosimy o załączenie do niniejszego formularza następujących dokumentów:
 - oświadczenia sprawcy szkody,
 - dokumentacji zdjęciowej ze wskazaniem uszkodzonego mienia – w przypadku szkody majątkowej,
 - listy uszkodzonego mienia wraz z opisem uszkodzeń – w przypadku szkody majątkowej,
 - dokumentów uzasadniających wysokość wysuwanych roszczeń (np. rachunki, kosztorysy),
 - kopii całej dokumentacji medycznej – w przypadku szkody osobowej,
 - innych dokumentów, które wskazują poniesione straty lub mogą pomóc określić ich wartość.
- 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 oraz w piątek w godzinach 9.00–16.00 lub na adres e-mail: szkody@colonnade.pl.
- Prosimy o wypełnienie rubryk w poniższym formularzu zgodnie ze zgłaszanym roszczeniem, tj. dla szkód majątkowych rubryka ze szkodami rzeczowymi, a dla szkód osobowych rubryka ze szkodami osobowymi.
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.

DANE OSOBY POSZKODOWANEJ

- Imię i nazwisko
- Numer PESEL
- Adres korespondencyjny
- Numer telefonu*
- Adres e-mail*

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

DANE SZKODY

- Numer polisy Colonnade sprawy zdarzenia
- Adres miejsca powstania szkody
- Data powstania szkody [dd.mm.rrrr r.]
- Opis zdarzenia (prosimy możliwie dokładnie opisać przyczyny i przebieg zdarzenia, które spowodowało szkodę)
.....
.....
.....
.....
- Szacunkowa wysokość odszkodowania (opcjonalnie):

DLA SZKÓD RZECZOWYCH

1. Prosimy podać, jakie mienie uległo uszkodzeniu lub utracie (w przypadku uszkodzenia ruchomości prosimy podać dokładny model uszkodzonego sprzętu)
2. Opis uszkodzeń
3. Czy mienie, które uległo uszkodzeniu lub utracie, jest też objęte ubezpieczeniem w innym towarzystwie ubezpieczeń? TAK NIE
4. Jeśli TAK, prosimy podać nazwę innego towarzystwa ubezpieczeń i numer polisy

DLA SZKÓD OSOBOWYCH

1. Opis doznanych przez poszkodowanego obrażeń

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, 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 niniejszym zgłoszeniu i załączonej dokumentacji, w szczególności danych o stanie zdrowia, w celu rozpatrzenia mojego roszczenia (wyrażenie zgody dotyczące stanu zdrowia ma zastosowanie tylko i wyłącznie do zgłoszenia szkody osobowej).

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 ze zgłoszonego roszczenia i wysokością tego świadczenia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych). Wyrażenie niniejszej zgody ma zastosowanie tylko i wyłącznie do zgłoszenia szkody osobowej.

- 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.). Wyrażenie niniejszej zgody ma zastosowanie tylko i wyłącznie do zgłoszenia szkody osobowej.
- 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 umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także aby udostępniały posiadane przez te zakłady informacje o przyczynie zdarzenia lub inne informacje niezbędne do ustalenia mojego prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i jego wysokości.
- 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 udzielała informacji dotyczących statusu postępowania w sprawie roszczenia, w tym przekazywała treści pism/decyzji związane ze zgłaszanym roszczeniem Ubezpieczającemu uczestniczącemu w postępowaniu.

.....
miejsceowość 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. 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.