

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku  
podczas wyjazdu zagranicznego

WYPEŁNIA OSOBA POSZKODOWANA

1. Numer certyfikatu/polisy .....
2. Imię i nazwisko Osoby Poszkodowanej .....
3. Numer PESEL Osoby Poszkodowanej .....
4. Adres korespondencyjny .....
5. Adres e-mail\* .....
6. Numer kontaktowy\* .....

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

7. Okres podróży poza granice Polski od [DD-MM-RRRR] ..... do [DD-MM-RRRR] .....
8. Data i miejsce wypadku .....
9. Opis okoliczności wypadku, doznanych obrażeń oraz nazwiska ewentualnych świadków .....

10. Czy proces leczenia i rehabilitacji został zakończony? ☐ TAK ☐ NIE
11. Czy kontaktował/-a się Pan/Pani z Centrum Assistance? ☐ TAK ☐ NIE
12. Czy w związku z wypadkiem zostały sporządzone raporty policyjne? ☐ TAK ☐ NIE
13. Czy Osoba Poszkodowana w momencie wypadku znajdowała się pod wpływem alkoholu? ☐ TAK ☐ NIE

### DYSPOZYCJA WYPŁATY

Przyznane świadczenie proszę przekazać

☐ na rachunek bankowy nr .....

nazwa banku .....

właściciel rachunku .....

☐ przekazem pocztowym na adres .....

Do niniejszego wniosku należy załączyć:

- 1) kopię pełnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem, w tym zaświadczenia o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji
- 2) raport policji (jeśli dotyczy)
- 3) kopię polisy/certyfikatu ubezpieczenia.

Jeśli roszczenie dotyczy Śmierci Osoby Ubezpieczonej należy dołączyć:

- 1) dokumentację medyczną stwierdzającą bezpośrednią przyczynę zgonu
- 2) raport prokuratury (jeśli został sporządzony)
- 3) wynik sekcji zwłok (jeśli została przeprowadzona)
- 4) oświadczenie o ustanowieniu Beneficjenta
- 5) odpis aktu małżeństwa lub odpis aktu urodzenia (jeśli Beneficjentem jest potomstwo lub małżonek Osoby Ubezpieczonej)
- 6) potwierdzoną notarialnie kopię dowodu osobistego Beneficjenta
- 7) oryginał aktu zgonu lub kopię potwierdzoną notarialnie.

*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.

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

Złożenie poniższych oświadczeń jest dobrowolne.

- ☐ 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 – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych).
- ☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, 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 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.).
- ☐ 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. 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 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.

.....  
miejscowość 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 ciążyących na Administratorze, a konieczność ich przetwarzania wynika zawsze z przepisów prawa (dotyczących: działalności ubezpieczeniowej, rozpatrywania reklamacji, kwestii podatkowych i księgowych, obowiązków statystycznych i aktuarnych oraz ochrony konsumentów).

Możą 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 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.