

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

z tytułu ubezpieczenia mienia osobistego pracowników

WYPEŁNIA OSOBA POSZKODOWANA

1. Numer polisy
2. Nazwa firmy
3. Imię i nazwisko Osoby Poszkodowanej
4. Data urodzenia Osoby Poszkodowanej [DD-MM-RRRR]
5. Numer PESEL
6. Adres korespondencyjny
7. Adres e-mail*
8. Numer telefonu*

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

9. WYPEŁNIA PRACODAWCA

- 1) Nazwa zakładu pracy oraz adres
- 2) Okres delegacji służbowej od [DD-MM-RRRR] do [DD-MM-RRRR]
- 3) Stanowisko

.....
data wypełnienia

.....
podpis osoby upoważnionej i pieczęć zakładu pracy

10. Data i miejsce zdarzenia
11. Opis zdarzenia

12. Lista mienia osobistego utraconego/uszkodzonego

Lista mienia osobistego

Data zakupu

Kwota i waluta/wycena

13. Czy posiada Pan/Pani inne ubezpieczenie mienia osobistego za granicą ważne w dniu zaistnienia szkody? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, prosimy podać nazwę ubezpieczyciela, numer i okres obowiązywania polisy

.....
.....

14. Czy kontaktował/-a się Pan/Pani z Centrum Assistance? ☐ TAK ☐ NIE

15. Czy w związku z wypadkiem zostały sporządzone raporty policyjne? ☐ TAK ☐ NIE

DYSPOZYCJA WYPŁATY

Przyznane świadczenie proszę przekazać

☐ na rachunek bankowy nr

nazwa banku

właściciel rachunku

☐ przekazem pocztowym na adres

DOKUMENTACJA ROSZCZENIOWA

Do niniejszego wniosku prosimy załączyć następującą dokumentację:

- 1) raporty policyjne
- 2) dokumenty potwierdzające własność utraconego mienia (rachunki, gwarancje itp.)
- 3) inną dokumentację potwierdzającą utratę/uszkodzenie mienia.

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 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 na przekazywanie przez Colonnade Insurance S.A. Insurance S.A. Oddział w Polsce decyzji odszkodowawczej na podany w zgłoszeniu numer telefonu.
- ☐ 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/Brokerowi 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 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 zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.

.....
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 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 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. 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.