

## ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ

z ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej

z ubezpieczenia NNW

wypadek losowy (potknięcie, zranienie, oparzenie, złamanie)

wypadek związany z przestępstwem (rabunek, napad, pobicie)

wypadek komunikacyjny

inne

Data zdarzenia, rok, m-c, dzień, godzina

Miejsce zdarzenia: kraj, miasto, ulica

### Poszkodowany

Imię i nazwisko

PESEL / NIP

Ulica/Numer budynku/Numer lokalu

Kod pocztowy / Miejscowość

Nr telefonu

Adres e-mail

### Oświadczenie opiekuna prawnego

Proszę wypełnić w przypadku gdy wypadkowi uległ nieletni

Imię i nazwisko opiekuna prawnego

Stopień pokrewieństwa

Ulica/Numer budynku/Numer lokalu

Kod pocztowy / Miejscowość

Nr telefonu

Seria i nr dowodu osobistego

Podpis osoby składającej oświadczenie

### Okoliczności i przebieg zdarzenia

## Stan trzeźwości w chwili wypadku

Oświadczam, że w chwili wypadku Ubezpieczony był trzeźwy i nie był pod wpływem innych środków odurzających

TAK \_\_\_\_\_  
data i podpis

NIE \_\_\_\_\_  
data i podpis

## Świadkowie zdarzenia

Imię, nazwisko, adres, telefon, e-mail 1

2

## Obrażenia ciała

odniesione w chwili wypadku

1. Proszę wymienić odniesione obrażenia ciała/rozstrój zdrowia i opisać jak do nich doszło:

2. Proszę wymienić istniejące w dniu wypadku obrażenia ciała/choroby niezwiązane z przedmiotowym wypadkiem:

3. Kto udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej po wypadku?

Pogotowie ratunkowe  Szpital  Przychodnia Rejonowa  Inne  Nie

Dane placówki udzielającej pierwszej pomocy:

4. Kiedy udzielono poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej po wypadku?

W dniu wypadku  Następnego dnia  W ciągu 2-7 dni  Po 7 dniach

5. Czy Poszkodowany po wypadku leczył się w szpitalu/klinice?

Tak  Nie  Nie wiem

6. Kiedy udzielono poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej po wypadku?

Zachowawcze  Operacyjne  Rehabilitacja

7. Czy leczenie zostało zakończone z uwzględnieniem rehabilitacji?

Tak, proszę podać datę zakończenia

Nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia

8. Czy Poszkodowany był lub jest niezdolny do pracy/na skutek wypadku?

Jeżeli tak proszę podać termin

## Zakłady lecznicze w których Ubezpieczony leczył się po wypadku:

Nazwa zakładu

Adres zakładu

Kod/Miejscowość

Ulica/Numer budynku

imię i nazwisko specjalisty prowadzącego leczenie

## Czy leczenie zostało zakończone?

Tak - data zakończenia leczenia: dzień  miesiąc  rok

Nie - przewidywany termin zakończenia leczenia: dzień  miesiąc  rok

## Czy w związku z wypadkiem prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?

Tak  Nie

Policja (nazwa, adres), sygn. Akt

Prokuratura (nazwa, adres), sygn. Akt

## Dyspozycja o wypłacie odszkodowania

Wypłata na rzecz Ubezpiezonego pojazdu  Tak  Nie

Nazwa banku

Numer konta

Wypłata na rzecz upoważnionego podmiotu/osoby upoważnionej do odbioru odszkodowania  Tak  Nie

Imię i nazwisko/nazwa podmiotu upoważnionego

Adres zamieszkania/siedziba firmy upoważnionego

Nazwa banku upoważnionego:

Na numer konta upoważnionego:

## Do zgłoszenia dołączam

kopię pełnej dokumentacji lekarskiej

wspólne oświadczenie o wypadku

kopię notatki urzędowej z miejsca zdarzenia

inne (jakie?)

inne (jakie?)

inne (jakie?)

## Oświadczenia

Oświadczam, że na pytania zawarte w niniejszym zgłoszeniu odpowiedzi udzielono zgodnie z prawdą i ze stanem faktycznym i według najlepszej wiedzy. Niniejsze oświadczenie złożono dobrowolnie.

\_\_\_\_\_

data i podpis

### Wyrażenie niżej wymienionych zgód jest dobrowolne lecz konieczne do ustalenia prawa do świadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polski Gaz Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie przy ul. Marcina Kasprzaka 25 (dalej „Towarzystwo”) moich danych osobowych o stanie zdrowia w celu ustalenia prawa do przysługującego mi świadczenia z umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę     Nie wyrażam zgody

Wyrażam zgodę na występowanie (także po mojej śmierci) przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o udzielenie informacji o stanie mojego zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w celu i zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do przysługującego mi świadczenia z umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę     Nie wyrażam zgody

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres

\_\_\_\_\_

Miejscowość / data / podpis

Miejscowość  Data i podpis

Własnoręczność złożonego podpisu potwierdzam na podstawie  seria

Nr wydanego przez  w dniu

Miejscowość  Data i podpis

## Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

### Administrator danych

Administratorem danych osobowych jest Polski Gaz Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie (01-224), przy ul. Marcina Kasprzaka 25.

### Dane kontaktowe

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email: sekretariat@polskigaztuw.pl, telefonicznie pod numerem +48 22 106 40 01 lub pisemnie na adres siedziby administratora.

### Inspektor ochrony danych

U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez email: incydenty@polskigaztuw.pl, telefonicznie pod numerem telefonu + 48 22 230 23 03 lub pisemnie na adres siedziby administratora.

Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

### Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane:

- 1) w celu likwidacji zgłoszonej szkody – podstawą prawną przetwarzania są przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a w przypadku przekazania danych o stanie zdrowia podstawą prawną przetwarzania jest zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia;
- 2) ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstw ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń,
- 3) w celu reasekuracji ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest rozproszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową ubezpieczenia, której dotyczy zgłoszona szkoda,
- 4) w celu rachunkowym – podstawą prawną przetwarzania są przepisy ustawy o rachunkowości,
- 5) w celu wypełniania przez administratora innych obowiązków wynikających z przepisów prawa - podstawą prawną przetwarzania są przepisy prawa nakładające na administratora poszczególne obowiązki.

Jeżeli jest Pani/Pan stroną umowy ubezpieczenia zawartej z Administratorem Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane także:

- 1) w celu wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy;
- 2) ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia, w szczególności roszczeń o zapłatę składki – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń

### Okres przechowywania danych

Pana/Pan dane osobowe będą przechowywane przez administratora do momentu, w którym zaistnieją wszystkie następujące okoliczności:

- 1) administrator będzie posiadał wiedzę, iż zostały w całości zaspokojone wszystkie potencjalne roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, w związku z którą administrator przetwarza te dane, tak co do należności głównej, jak i co do należności pobocznych, w tym o odsetki, lub że roszczenia te obiektywnie uległy przedawnieniu;
- 2) wygasły wszystkie prawnie usprawiedliwione interesy Administratora stanowiące podstawy przetwarzania tych danych;
- 3) wygasł wynikający z przepisów prawa obowiązek przetwarzania tych danych przez Administratora.

### Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom, którym administrator jest zobowiązany udostępnić Pana/Pani dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa np. Komisji Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu, Rzecznikowi Finansowemu.

Ponadto, Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, podmiotom świadczącym czynności z zakresu likwidacji szkód, kancelariom prawnym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

### Przekazywanie danych poza EOG

Pani/Pana dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.

## **Prawa osoby, której dane dotyczą**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wymienione wyżej prawa przysługują Pani/Panu w przypadkach przewidzianych w przepisach Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

## **Informacja o wymogu podania danych**

Podanie danych osobowych jest konieczne do likwidacji zgłoszonej szkody – brak podania danych osobowych uniemożliwi przeprowadzenie procesu likwidacji szkody oraz wypłatę świadczenia.