

Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia turystycznego oferowanego przez Wiener TU S.A Vienna Insurance Group – Ubezpieczeni w podróży

INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD tel. 22 469 69 69; e-mail: kontakt@wiener.pl

W celu umożliwienia nam szybkiego i właściwego rozpatrzenia roszczenia wypełnij formularz dokładnie i szczegółowo.

Nr szkody _____ Nr Centrum Alarmowego _____

INFORMACJE OGÓLNE:

Zgłoszone roszczenie dotyczy ubezpieczenia :

- Koszty leczenia i usług assistance Przymusowej izolacji i kwarantanny z powodu COVID-19 Opóźnienia lotu Zwrotu za niewykorzystany karnet narciarski
- Następstw nieszczęśliwych wypadków Zwrotu za koszty leczenia na terenie RP Sprzętu sportowego Bagażu podróznego Rezygnacji z imprezy
- Rezygnacji z imprezy i wcześniejszego powrotu Rezygnacji z biletu Rezygnacji z noclegu Odpowiedzialności cywilnej

Zgłaszający szkodę

Imię _____ Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Nr PESEL _____

Data i miejsce urodzenia _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Ubezpieczony/ Poszkodowany

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Nr PESEL _____

Data i miejsce urodzenia _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Uprawniony (w przypadku śmierci Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko	Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość)	Telefon / Adres e-mail	Charakter uprawnionego
			<input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony
			<input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony
			<input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony

Polisa

Seria i numer polisy _____

Dane dotyczące zdarzenia

Data wypadku / zachorowania _____ Dzień _____ Miesiąc _____ Rok _____ Godzina wypadku _____ : _____

Miejsce zdarzenia (kraj, miejscowość, ulica)

Opis okoliczności zdarzenia

Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć Poszkodowanego? Nie Tak Data zgonu _____ Dzień _____ Miesiąc _____ Rok _____

Doznane obrażenia /nazwa zachorowania (diagnoza lekarska)

Kto i kiedy udzielił Poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się w związku ze zgłaszanym obecnie wypadkiem / zachorowaniem.

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed wypadkiem / zachorowaniem, którego dotyczy zgłoszenie.

Czy na miejscu zdarzenia obecna była (proszę o wpisanie adresu jednostki obecnej na miejscu zdarzenia)?

<input type="checkbox"/> Policja	_____
	Adres
<input type="checkbox"/> Straż miejska	_____
	Adres
<input type="checkbox"/> Straż pożarna	_____
	Adres
<input type="checkbox"/> Pogotowie ratunkowe	_____
	Adres
<input type="checkbox"/> Inne	_____
	Adres

Czy zdarzenie związane było z:

wypadkiem komunikacyjnym wykonywaniem pracy zarobkowej wyczynowym uprawianiem sportu
 innymi przyczynami _____

Czy Poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? Nie Tak

Świadkowie zdarzenia

Imię	_____	Nazwisko	_____	_____	_____
Adres zamieszkania	_____	Nr domu	_____	Nr lokalu	_____
Miejscowość	_____	Nr PESEL	_____	_____	_____
Nr dowodu tożsamości	_____	Telefon	_____	Adres e-mail	_____

Imię	_____	Nazwisko	_____	_____	_____
Adres zamieszkania	_____	Nr domu	_____	Nr lokalu	_____
Miejscowość	_____	Nr PESEL	_____	_____	_____
Nr dowodu tożsamości	_____	Telefon	_____	Adres e-mail	_____

SZKODA:**DOTYCZY SZKODY Z UBEZPIECZENIA TURYSTYCZNEGO:**

Koszty leczenia. _____
Kwota

Zwrot opłaconych kosztów/wypłata świadczenia _____
Kwota

DOTYCZY SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZOTÓW REZYGNACJI IMPREZY/BILETU/NOCLEGU:

Data i miejsce wykupienia polisy. _____
Dzień Miesiąc Rok Miejsce

Data i miejsce rezerwacji podróży/biletu/noclegu. _____
Dzień Miesiąc Rok Miejsce rezerwacji

Nazwa przewoźnika (dotyczy anulacji z biletu) Nazwa obiektu noclegowego (dotyczy anulacji z noclegu)

Nazwa i numer rezerwacji podróży (dotyczy imprezy turystycznej)

Sposób dokonania rezerwacji podróży / wykupienia biletu/wykupienia noclegu:

osobiście lub inne osoby za pośrednictwem Biura Podróży przez Internet a umowę otrzymałem/am na adres e-mail lub dostarczono pocztą tradycyjną

przez telefon a umowę otrzymałem /am na adres e-mail lub dostarczono pocztą tradycyjną w innej formie – podaj w jakiej?

Inna forma dokonania rezerwacji

BLBYXchmM W
k gmgj JWcgWZ
_HDEYUbi`ck Uim
dcXfCE`K fUhj`
dcfhWm
_cblmbi i `bU
cXf VbY^_UFW.

Imię i nazwisko	Data urodzenia

Data zajścia zdarzenia zmuszającego rezygnacji z podróży / anulacji biletu / anulacji noclegu: _____
Dzień Miesiąc Rok Kraj i miejsce zdarzenia

Data poinformowania o rezygnacji Biuro Podróży / przewoźnika / obiekt hotelowy: _____
Dzień Miesiąc Rok Kraj i miejsce zdarzenia

Wysokość kosztów (potrąceń naliczonych przez Biuro Podróży / przewoźnika) :

Rezygnacja z imprezy turystycznej / anulacji biletu lub noclegu _____ w zł
Kwota

Wcześniejszym powrotem do RP _____ w zł
Kwota

Zakupem biletu powrotnego _____ w zł
Kwota

Przymusowej izolacji i kwarantanny zagranicą z powodu COVID-19 _____ w zł
Kwota

Przyczyna zdarzenia lub rezygnacji z imprezy lub wcześniejszego powrotu z imprezy turystycznej lub anulacji biletu / noclegu:

Nagłe zachorowanie _____
Kiedy, jakie objawy, jaka diagnoza medyczna oraz zakres udzielonej pomocy

Nieszczęśliwy wypadek _____
Kiedy, w jakich okolicznościach, z jakiej przyczyny, miejsce zdarzenia oraz zakres udzielonej pomocy

Wypadek komunikacyjny _____
Kiedy, w jakich okolicznościach, z jakiej przyczyny, miejsce zdarzenia, zakres udzielonej pomocy

Inne zdarzenie _____
Opisz zdarzenie nie zawarte w poprzednich opcjach

Dane osoby zgłaszającej do Biura Podróży / przewoźnika / obiektu hotelowego rezygnacja z podróży lub anulacja biletu / noclegu :

Czy Ubezpieczony jest osobą towarzyszącą w podróży? Tak Nie _____
Imię i nazwisko

Czy Ubezpieczony jest osobą bliską? Tak Nie _____
Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa (prosimy o załączenie kopii dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo)

Lista dokumentów do ubezpieczenia turystycznego:

- ✓ Potwierdzenie wykupienia polisy lub ubezpieczenia w Biurze Podróży / Organizatora;
- ✓ Dokumentacja lekarska wraz z diagnozą i datą udzielenia pomocy;
- ✓ Rachunki za poniesione koszty;
- ✓ Dokumentacja medyczna kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań;
- ✓ Zaświadczenie lekarskie o zakończonym leczeniu (ubezpieczenie NNW);
- ✓ Dokumenty potwierdzające wystąpienie roszczenia wobec Ubezpieczonego (ubezpieczenie OC);
- ✓ Dokumentacja medyczna w przypadku szkody na osobie (Ubezpieczenie OC);
- ✓ Dowody poniesionych kosztów i ich zapłaty za naprawę lub zakup uszkodzonej/ zniszczonej rzeczy (ubezpieczenie OC);
- ✓ Potwierdzenie zniszczenia, utraty, kradzieży bagażu podróznego;
- ✓ Potwierdzenie od przewoźnika o opóźnieniu lotu;
- ✓ Potwierdzenie zakupu sprzętu sportowego należącego do Ubezpieczonego, który uległ kradzieży lub zniszczeniu;
- ✓ Dowody poniesionych kosztów i ich zapłaty za koszty zakwaterowania, wyżywienia zagranicą i transportu do RP z powodu przymusowej izolacji i kwarantanny w wyniku kontaktu z osobą chorą podejrzaną o zakażenie Covid-19 lub decyzji rządowych kraju w którym przebywa na imprezie turystycznej;
- ✓ Raport policji z miejsca zdarzenia, straży pożarnej lub innych służ, których interwencja była wymagana;
- ✓ Kopia aktu zgonu lub inny dokument określający przyczynę zgonu;
- ✓ Zeznania świadków;
- ✓ Inne dokumenty związane z zaistniałym zdarzeniem, mające na celu ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Lista dokumentów do ubezpieczenia od kosztów rezygnacji:

- ✓ Potwierdzenie wykupienia polisy lub ubezpieczenia w Biurze Podróży / Organizatora;
- ✓ Dokumentacja lekarska wraz z diagnozą i datą udzielenia pomocy;
- ✓ Rachunki za poniesione koszty;
- ✓ Dokumentacja medyczna kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań;
- ✓ Umowa uczestnictwa w imprezie, potwierdzenie rezerwacji biletu, noclegu w hotelu, wynajmu jachtu;
- ✓ Oświadczenie Biura Podróży o wysokości potrąceń z tytułu rezygnacji z imprezy / wcześniejszego powrotu z imprezy;
- ✓ W przypadku anulacji biletu lub noclegu w obiekcie noclegowym potwierdzenie o wysokości potrąceń odpowiednio z linii lotniczych bądź organizatora turystyki lub obiektu noclegowego lub od innego dostawcy usług turystycznych;
- ✓ Dowody poniesionych kosztów i ich zapłaty za imprezę lub bilet lub nocleg;
- ✓ Dowody poniesionych kosztów i ich zapłaty za transport powrotny w przypadku wcześniejszego powrotu z imprezy i poniesienia wcześniej uzgodnionych kosztów z Centralą Alarmową;
- ✓ Dokumentacja potwierdzająca konieczność rezygnacji z uczestnictwa w imprezie, anulacji biletu, anulacji noclegu lub wcześniejszego powrotu do RP lub kraju rezydencji, a w szczególności dokumentacja lekarska, raport z policji potwierdzające wystąpienie szkody na mieniu, zaświadczenie miejscowych władz stwierdzające wystąpienie zdarzenia losowego;
- ✓ Raport policji z miejsca zdarzenia, straży pożarnej lub innych służb, których interwencja była wymagana;
- ✓ Kopia aktu zgonu lub inny dokument określający przyczynę zgonu;
- ✓ Zeznania świadków;
- ✓ Inne dokumenty związane z zaistniałym zdarzeniem, mające na celu ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

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

Kluczula informacyjna

Administratorem danych osobowych jest Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-675), ul. Wołoska 22A.

Z administratorem może się Pani/Pan kontaktować pisemnie na adres siedziby administratora, poprzez formularz kontaktowy pod adresem www.wiener.pl lub za pośrednictwem inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email iod@wiener.pl. Z inspektorem ochrony danych może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z Pani/Pana praw związanych z przetwarzaniem danych (z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się od dnia 25 maja 2018 r.).
Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

1. wykonania umowy ubezpieczenia w części obejmującej likwidację szkody – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b lub c oraz art. 9 ust. 2 lit. f lub g Rozporządzenia PE i R (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (dalej: RODO);
2. ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest dochodzenie przez niego roszczeń;
3. ewentualnie w celu podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest przeciwdziałanie wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań;
4. reasekuracji ryzyk – na podstawie art. 6 ust.1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione lub przekazane podmiotom upoważnionym do pozyskania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa, innym zakładom ubezpieczeń i zakładom reasekuracji, audytorom, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu administratora (na podstawie umowy z administratorem, w zakresie przez niego wskazanym i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora), w tym podmiotom przeprowadzającym likwidację szkody. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego na terytorium państwa nienależącego do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), Pani/Pana dane mogą zostać udostępnione lub przekazane do takiego państwa trzeciego, w tym również do państwa niezapewniającego, według Komisji Europejskiej, odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych.

Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu szkody będącej przedmiotem prowadzonego postępowania likwidacyjnego, ewentualnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

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

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

W sytuacji gdy likwidacja szkody jest związana z wykonaniem zawartej z Panią/Panem umowy – przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, np. w celu przekazania danych innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub umownym, w zależności od rodzaju umowy (ubezpieczenie obowiązkowe, dobrowolne), jest konieczne do likwidacji szkody - bez podania danych osobowych nie jest możliwa likwidacja szkody.

**Oświadczenia
Ubezpieczają-
cego**

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group, w imieniu którego występuje upoważniony lekarz wszelkich informacji i dokumentacji lekarskiej o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia, oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie informacji o stanie zdrowia, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej), które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.
2. Zwalniam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji z mojego leczenia.
3. W celu usprawnienia i przyspieszenia procesu likwidacji szkody wyrażam zgodę na prowadzenie z Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group korespondencji dotyczącej niniejszego zgłoszenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail. TAK NIE
4. W razie złożenia reklamacji do Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group, wnoszę o dostarczenie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną. TAK NIE
5. Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Każde niezgodne z prawdą oświadczenie lub inne działania mające na celu wprowadzenie w błąd Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

Nr agenta / pośrednika

Data i czytelny podpis Uprawnionego

Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego