

**Zgłoszenie szkody  
Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw  
nieszczesliwych wypadków**

INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

Nr szkody \_\_\_\_\_ Nr Centrum Alarmowego \_\_\_\_\_

**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  
Ubezpieczono-  
nego)**

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

**Polisa**

Seria i numer polisy **P W B 8 2 5 3 0 5**

**Dane  
dotyczące  
zdarzenia**

Data wypadku / zachorowania \_\_\_\_\_ Godzina wypadku \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

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)?

Policja \_\_\_\_\_  
Adres

Straż miejska \_\_\_\_\_  
Adres

Straż pożarna \_\_\_\_\_  
Adres

Pogotowie ratunkowe \_\_\_\_\_  
Adres

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 \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Nr PESEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nr dowodu tożsamości \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Nr PESEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nr dowodu tożsamości \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

- Koszty leczenia**  W kwocie \_\_\_\_\_ zostały opłacone osobiście przez Ubezpiezonego
- W kwocie \_\_\_\_\_ zostały opłacone przez Centrum Alarmowe
- W kwocie \_\_\_\_\_ zostały opłacone przez znajomego lub członka rodziny
- W kwocie \_\_\_\_\_ pozostają do zapłaty na rzecz wystawcy rachunku

Oprócz roszczeń dotyczących kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków dodatkowo zgłaszam roszczenia z:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zwrot  
opłaconych  
kosztów /  
wypłaty  
świadczenia**

W jaki sposób Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group ma dokonać zwrotu opłaconych kosztów lub wypłaty świadczenia?

przelewem bankowym na konto

|              |  |              |           |
|--------------|--|--------------|-----------|
| Imię         |  | Nazwisko     |           |
| na konto nr  |  |              |           |
| Ulica        |  | Nr domu      | Nr lokalu |
| Miejscowości |  | Kod pocztowy |           |

przekazem pocztowym na adres

|              |  |              |           |
|--------------|--|--------------|-----------|
| Imię         |  | Nazwisko     |           |
| Ulica        |  | Nr domu      | Nr lokalu |
| Miejscowości |  | Kod pocztowy |           |

odbiór gotówki w banku

|          |                      |          |  |
|----------|----------------------|----------|--|
| Imię     |                      | Nazwisko |  |
| Nr PESEL | Nr dowodu tożsamości |          |  |

Czy w związku z tym zdarzeniem przysługuje Panu(i) świadczenie z tytułu innej umowy ubezpieczenia? (jakiej?)

|  |
|--|
|  |
|  |

Załączona dokumentacja lekarska

|  |
|--|
|  |
|  |

**Klauzula  
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](http://www.wiener.pl) lub za pośrednictwem inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email [iod@wiener.pl](mailto: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 nadę 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 dostarczanie 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.

**2200171397**

Nr agenta / pośrednika

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Uprawnionego

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego

**Podlega ubezpieczeniu**

mp.

podpis