

Potwierdzenie okoliczności zaistnienia szkody majątkowej

Klauzula informacyjna w zakresie danych osobowych

Informacja wymagana Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (RODO)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest zakład ubezpieczeń: Balcia Insurance SE z siedzibą w Rydze, ul. K. Valdemara 63, Ryga, LV-1142, Łotwa, działająca w Polsce w ramach oddziału pod firmą Balcia Insurance SE Spółka europejska Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 136, 02-305 Warszawa (dalej zwana Administratorem lub Balcia). Z Administratorem można się kontaktować poprzez adres e-mail dpo.contact@balcia.com.

Informacja o wymogu podania danych osobowych

Podanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania wskazanych niżej celów.

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność przetwarzania danych do wykonywania umowy ubezpieczenia,
- obsługa zgłoszenia szkody i likwidacja szkody – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność przetwarzania danych do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz, o ile zgłoszono szkodę na osobie, zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstw ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Balcia; uzasadnionym interesem Balcia jest możliwość przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń.

Odbiorcy danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane do RESO Europa Service Sp. z o.o. z siedzibą w Suwałkach - Partnera Generalnego Balcia w Polsce, a także podmiotom takim jak lekarze, rzeczoznawcy, warsztaty naprawcze, podmioty świadczące usługę assistance, doradcy zewnętrzni, kancelarie prawne, dostawcy usług IT, pocztowych i kurierskich, agencje marketingowe, podmioty archiwizujące lub usuwające dane, podmioty przetwarzające dane w celu dochodzenia należności, przy czym podmioty te przetwarzają dane wyłącznie na podstawie umowy zawartej z Balcia.

W przypadkach i w zakresie określonym przez przepisy prawa Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane instytucjom upoważnionym, na przykład organom nadzorującym działalność Balcia, organom ścigania, organom ochrony prawnej.

Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności dotyczących obowiązku przechowywania dokumentów księgowych, podatkowych oraz szkodowych.

Prawa osoby, której dane osobowe dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Balcia,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest zgoda. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- przenoszenia danych (w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i przetwarzanie to odbywa się na podstawie zawartej z Balcia umowy ubezpieczenia), tj. do otrzymania od Balcia danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Balcia za pośrednictwem wskazanych powyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tzn. do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zgoda na otrzymywanie informacji w inny sposób niż na piśmie

Zgodnie z art. 29 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o dokumentach wymaganych do ustalenia odpowiedzialności Balcia:

telefonicznie na numer _____

na e-mail _____

Data: ____ / ____ / 20 ____

(imię i nazwisko)

Pouczenie o odpowiedzialności karnej:

Wypełniając formularz prosimy o podanie informacji prawdziwych, kompletnych i rzetelnych. Przypominamy o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 298 § 1 Kodeksu Karnego o treści: „Kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

WAŻNE:

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego druku (czytelnie), nie omijając żadnego z pól.
W przypadku pytań TAK/NIE prosimy używać znaku "X" dla właściwej odpowiedzi.

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane polisy

Seria/nr polisy: _____

Ważna od: ____ / ____ / 20 ____ do: ____ / ____ / 20 ____

Dane osoby/podmiotu składającego oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a):

Imię i Nazwisko/Nazwa podmiotu: _____

PESEL/REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

e-mail: _____

Podpis Ubezpieczonego

Czytelny podpis i pieczęć firmowa: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____

RESO Europa Service Sp. z o.o.
Partner BALTIA INSURANCE SE w Polsce
ZGŁOSZENIE SZKODY e-mail: likwidacja@reso.com.pl
T +48 87 565 4444, KOM +48 57 595 4444
www.reso.com.pl

Oświadczam, że dnia:

Data i godzina wystąpienia zdarzenia: ____ / ____ / 20 ____ : ____

w (miejsce powstania szkody)

Kraj: _____

Województwo: _____

Gmina: _____

Miejscowość: _____

Ulica, nr domu (lokalu): _____

Spowodowano szkodę ☐ NIE ☐ TAK

Imię i nazwisko osoby/pracownika odpowiedzialnego za wyrządzoną szkodę: _____

w którym został(a) poszkodowany(a):

Imię i Nazwisko: _____ PESEL: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Przyjmuję odpowiedzialność za zdarzenie: ☐ NIE ☐ TAK

Proszę udzielić odpowiedzi na pytania w zależności od okoliczności zdarzenia

1. Szkoda z OC drogi:

a) czy droga jest oznakowana znakami drogowymi informacyjnymi (typu: A11, A14, A30, A31) lub innymi ostrzegawczymi? ☐ NIE ☐ TAK

b) czy we wskazanym dniu szkody na drodze były prowadzone roboty? ☐ NIE ☐ TAK

Jeżeli TAK, to w jakim zakresie i przez kogo (jeśli Państwa pracownik, prosimy o kopię umowy zawartej z w/w osobą. W przypadku zaangażowania do przedmiotowych prac podwykonawcy, prosimy o przesłanie kopii umowy wraz z załącznikami)? _____

c) czy droga jest poddawana okresowym czynnościom naprawczym i konserwacyjnym? ☐ NIE ☐ TAK

Jeżeli TAK, proszę o dołączenie protokołów okresowych.

d) czy przysługują Państwu do zaniechania/zaniedbania skutkującego możliwością uszkodzenia pojazdu Poszkodowanego? ☐ NIE ☐ TAK

Jeśli NIE, jaka była przyczyna szkody? _____

2. Szkody spowodowane przez upadające gałęzie/powalone drzewa/zarośnięte pobocza drogi itp. ☐ NIE ☐ TAK

a) Czy wykonano obowiązki związane z utrzymaniem drzewostanu/pobocza w odpowiednim stanie?

Jeśli TAK, proszę dołączyć dokumenty poświadczające wykonanie prac w tym zakresie.

b) Czy posiadają Państwo dokumentację potwierdzającą, iż gmina dołożyła należytej staranności przy kontroli drzewostanów/poboczy? ☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, proszę dołączyć dokumentację do druku.

c) Co mogło być powodem złamania gałęzi/upadku drzewa? _____

3. Szkoda z OC przedsiębiorcy i inne

a) Czy przysługują Państwu do zaniechania/zaniedbania skutkującego możliwością uszkodzenia mienia osoby poszkodowanej? ☐ NIE ☐ TAK

Dlaczego? _____

Proszę o dołączenie kopii umowy zawartej z Poszkodowanym wraz z załącznikami na wykonywanie prac, podczas których doszło do szkody.

Opis okoliczności powstania szkody przez osobę uczestniczącą w zdarzeniu

Czytelny podpis osoby uczestniczącej w zdarzeniu: _____ Data: ____ / ____ / 20 ____

Informacje dodatkowe

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

☐ Policja/Prokuratura _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____

☐ Straż Pożarna _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____

☐ Inne _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____

Do druku prosimy dołączyć: 1. Kopię korespondencji/ustaleń z Poszkodowanym w związku ze zdarzeniem.

2. Wszelką posiadaną dokumentację, która może mieć znaczenie przy ustalaniu odpowiedzialności i wysokości przedmiotowej szkody.

Podpis Ubezpieczonego

Czytelny podpis i pieczęć firmowa: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____

RESO Europa Service Sp. z o.o.
Partner BALCIA INSURANCE SE w Polsce
ZGŁOSZENIE SZKODY e-mail: likwidacja@reso.com.pl
T +48 87 565 4444, KOM +48 57 595 4444
www.reso.com.pl