

Zgłoszenie Szkody

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 niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy ubezpieczenia,
- obsługa zgłoszenia szkody i likwidacja szkody – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność 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 niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Balcia; uzasadnionym interesem Balcia jest możliwość przeciwdziałania i ściganie 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”.

Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20__

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

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane polisy

Seria/nr polisy: _____

Ważna od: ___ / ___ / 20___ do: ___ / ___ / 20___

Dane dotyczące Uczestników

Dane Ubezpieczającego

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Dane Ubezpieczonego

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Dane Poszkodowanego

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Dane zgłaszającego szkodę

Ubezpieczający Ubezpieczony Poszkodowany Pełnomocnik Inna osoba

Jeżeli zaznaczono "Pełnomocnik" bądź "Inna osoba", prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

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

Telefon: _____ e-mail: _____

Informacje dotyczące szkody

Data i godzina wystąpienia szkody: ___ / ___ / 20___ : ___

Miejsce powstania szkody:

Województwo: _____ Gmina: _____

Miejscowość: _____ Ulica, nr domu/mieszkania: _____

Przyczyny powstania szkody i krótki opis szkody

Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika

Czytelny podpis: _____

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

Wykaz mienia uszkodzonego/zniszczonego/utraconego

Lp.	Nazwa przedmiotu (marka, typ, rodzaj, znak)	Liczba/Ilość	Data zakupu	Wartość zakupu (w PLN)	Wartość roszczenia (w PLN)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Łączna szacunkowa wartość szkody w PLN _____

(słownie:) _____

Wartość szkody

Wnioskuje o wyliczenie wartości szkody według:

- Faktur lub rachunków przedłożonych przez Ubezpieczonego/Poszkodowanego
 kalkulacji, zestawienia kosztów sporządzonego przez Ubezpieczonego/Poszkodowanego (w przypadku usuwania skutków szkody we własnym zakresie)
 Kalkulacji sporządzonej przez Balcia Insurance SE

Dane bankowe do wypłaty odszkodowania

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: _____

Informacje dodatkowe

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

- Policja/Prokuratura _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Straż Pożarna _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Administracja/właściciel budynku _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Zarządca budynku _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Inne _____ nazwa i adres jednostki ____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____

Czy mienie jest ubezpieczone w innych zakładach ubezpieczeń?

- NIE TAK Jeżeli TAK, prosimy podać:

Nazwa Zakładu Ubezpieczeń: _____ Nr polisy: _____

Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____