

Zgłoszenie Szkody (uszkodzenie szyby w pojeździe mechanicznym)

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 przestępstwom 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.

Obiornicy 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 ustrukturuowanym, 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”.

Wykaz dokumentów

Kopie niżej wymienionych dokumentów są niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody.

Prosimy o dostarczenie:

1. Dowód rejestracyjny pojazdu.
2. Zdjęcia uszkodzonej szyby (prosimy o zdjęcia całej uszkodzonej szyby oraz zbliżenie na uszkodzenia szyby).
3. Rachunek lub faktura stwierdzająca poniesione koszty (prosimy o dokument oryginalny).
4. Dowód zapłaty ww. rachunku lub faktury.
5. Oświadczenie sprawcy, tylko i wyłącznie jeżeli jest w posiadaniu.
6. Notatka policji, tylko i wyłącznie jeżeli jest w posiadaniu.

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

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20__

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.
* niewłaściwe skreślić

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane dotyczące polisy

Nr polisy: _____

Okres ubezpieczenia: _____

Dane dotyczące Ubezpieczonego**Właściciel pojazdu uszkodzonego**

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____

PESEL/REGON: _____

Kod pocztowy: _____

Telefon: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Miejscowość: _____

e-mail: _____

Współwłaściciel pojazdu uszkodzonego

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____

PESEL/REGON: _____

Kod pocztowy: _____

Telefon: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Miejscowość: _____

e-mail: _____

Czy dokonano odliczenia podatku VAT przy zakupie pojazdu? NIE TAKCzy poszkodowany ma możliwość odliczenia podatku VAT od kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu? NIE TAK

Jeśli TAK, w jakiej wysokości? %

Użytkownik pojazdu uszkodzonego

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____

PESEL/REGON: _____

Kod pocztowy: _____

Telefon: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Miejscowość: _____

e-mail: _____

Kierujący pojazdem uszkodzonym

Seria i nr prawa jazdy: _____ Kategorie: _____

Ważne od: ___/___/20___ do: ___/___/20___

W chwili zdarzenia pojazdem kierował:

 Właściciel Inny

Jeśli zaznaczono pole „Inny”, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

e-mail: _____

Dane dotyczące sprawcy zdarzenia (jeśli jest znany)**Właściciel pojazdu**

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy*: _____

PESEL/REGON: _____

Kod pocztowy: _____

Telefon: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Miejscowość: _____

e-mail: _____

Kierujący pojazdem

Seria i nr prawa jazdy: _____ Kategorie: _____

Ważne od: ___/___/20___ do: ___/___/20___

W chwili zdarzenia pojazdem kierował:

 Właściciel Inny

Jeśli zaznaczono pole „Inny”, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____

Telefon: _____

Seria i nr dokumentu tożsamości: _____

Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

e-mail: _____

Dane pojazdu ubezpieczonego

Marka: _____

Typ: _____ Model: _____

Nr nadwozia (VIN): _____

Nr rejestracyjny: _____ Rok produkcji: _____

Seria i nr dow. rejestracyjnego: _____

Barwa i nr lakieru: _____

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

Czytelny podpis: _____

Data: ___/___/20___

Informacje dodatkowe

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

Policja _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Przyjechała Nie przyjechała Sporządziła protokół Nie sporządziła protokołu

Straż Pożarna _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Przyjechała Nie przyjechała Sporządziła protokół Nie sporządziła protokołu

Czy na miejscu zdarzenia było spisane oświadczenie?

NIE TAK

Czy któraś z osób uczestniczących w zdarzeniu była pod wpływem alkoholu lub podobnie działających innych środków odurzających? NIE TAK

Jeśli TAK, kto?

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu zbiegł z miejsca zdarzenia?

NIE TAK

Jeśli TAK, kto?

NIE TAK

Przeznaczenie pojazdu poszkodowanego:

(UŻYTEK WŁASNY, DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)

Czy pojazd został wprowadzony do ewidencji środków trwałych firmy?

NIE TAK

Kwota roszczenia

_____ PLN (słownie: _____)

Dane bankowe do wypłaty świadczenia

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: _____

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

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____