

=JâRV]HQLH V]NRG\] XEH]SLHF]HQLD NRV]WyZ OHF]HQLD
L QDVW SVWZ QLHV]F] OLZ\FK Z\SDGNyZ

Nr szkody

Nr Centrum Alarmowego

= * á \$ 6 = \$ - & < 6 = . 2 '

, PL	Nazwisko			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod pocztowy	-
0LHMVFRZR ý	PESEL			
Data i miejsce urodzenia	Telefon	e-mail		

, PL	Nazwisko			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod pocztowy	-
0LHMVFRZR ý	PESEL			
Data i miejsce urodzenia	Telefon	e-mail		

--	--	--	--

opiekun prawny
 inny uprawniony

			<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

Nr polisy
Seria Numer

Data wypadku / zachorowania :
'] LH 0 LHVL F Rok Godzina
0LHMVFH]GDU]HQLD NUDM PLHMVFRZR ý XOLFD

2SLV RNROLF]QR FL]GDU]HQLD

&] \ Z Z \ QLN X Z \ SDGN X QDVW SL â D P \ HU ý S R V] N R G R Z D Q H J R " - 1 LH 7 DN
' R] Q D Q H R E U D + H Q L D Q D] Z D] D F K R U R Z D Q L D G L D J Q R] D O H N D U V N D
'] LH 0 LHVL F Rok

.WR L NLHG\ XG]LHOLâ SRV]NRGRZDQHPX SLHUZV]HM SRPRF\ OHNDUVNLHM"

1D]Z\ L DGUHV\ SODFyZHN PHG\F]Q\FK Z NWyU\FK XEH]SLHF]RQ\ OHF]\â VL Z]ZL]NX]H]JâDV]DQ\P RE

1D]Z\ L DGUHV\ SODFyZHN PHG\F]Q\FK Z NWyU\FK XEH]SLHF]RQ\ OHF]\â VL SUJHG Z\SDGNLHP]DFKRU

&]\ QD PLHMVFX]GDU]HQLD REHFQD E\âD SURV] R ZSLVDQLH DGUHVX MHGQRVWNL REHFQHM QD PLHM

- policja Adres _____
- VWUD+ PLHMVND Adres _____
- VWUD+ SR+DUQD Adres _____
- pogotowie ratunkowe Adres _____
- LQQH MDND LQVW\W XFMD" Adres _____

&]\]GDU]HQLH]ZL]DQH E\âR]

- wypadkiem komunikacyjnym wykonywaniem pracy zarobkowej wyczynowym uprawianiem sportu
- innymi przyczynami _____

&]\ SRV]NRGRZDQ\ Z FKZLOL Z\SDGNX]QDMGRZDâ VL SRG ZSâ\ZHP DONRKROX]QDUNRW\NyZ OXE LQQV

PL 21.11.2015 15:00

, PL _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

0LHMVFRZR ý _____ PESEL _____

1U GRZRGX WR+VDPR FL _____ Telefon _____ e-mail _____

, PL _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

0LHMVFRZR ý _____ PESEL _____

1U GRZRGX WR+VDPR FL _____ Telefon _____ e-mail _____

- w kwocie _____]RVWDâ\ RSâDFRQH RVREL FLH SUJH] XEH]SLHF]RQHJR
 - w kwocie _____]RVWDâ\ RSâDFRQH SUJH] &HQWUXP \$ODUPRZH
 - w kwocie _____]RVWDâ\ RSâDFRQH SUJH]]QDMRPHJR OXE F]âRQND URG]LQ\
 - w kwocie _____ SR]RVWDM GR]DSâDW\ QD U]HF] Z\VWDZF\ UDFKXQNX
- 2SuyF] URV]F]H GRW\F] F\FK NRV]WyZ OHF]HQLD L QDVW SVWZ QLHV]F] OLZ\FK Z\SDGNYZ GRGDWNRZR

: MDNL VSRVyE :LHQHU 78 6 \$ 9LHQQD ,QVXUDQFH *URXS GDOHM :LHQHU PD GRNRQDý]ZURWX RSâD

- przelewem bankowym na konto

, PL _____ Nazwisko _____

Rachunek bankowy nr _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

0LHMVFRZR ý _____ Kod pocztowy _____ - _____

przekazaniem pocztowym na adres

, PL _____ Nazwisko _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

0LHMVFRZR ý _____ Kod pocztowy _____

odbiór gotówki w banku

, PL _____ Nazwisko _____

PESEL _____ 1U GRZRGX WR+VDPR FL _____

&]\ Z]ZL]NX] W\]P]GDU]HQLHP SUJ]\vâXJXMH 3DQX L ZLDGF]HQLH] W\WXâX LQQHM XPRZ\ XEH]SLHF]H

=Dâ F]RQD GRNXPHQWDFMD OHNDUVND

\$GPLQLVWUDWRUHP GDQH RVRERZH PRJ E\ý XGRVW SQLRQH OX

Wiener Towarzystwo Bezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-675), ul. Wołoska 22A. = DGPLQLVWUDWRUHP PR+H VL 3DQL 3DQ NRQWD

- administradora, 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 GDQH PRJ E\ý SUJ]HWZDUJDQH Z FHOX
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 GDQH RVRERZH PRJ E\ý XGRVW SQLRQH OX

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 o świadczenie usług) 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.

'DQH RVRERZH E G SUJ]HFKRZ\ZDQH do momentu przedawnienia z tytułu szkody będącej przedmiotem prowadzonego postępowania likwidacyjnego, ewentualnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu SUDZR + GDQLD GRVW SX GR GDQ\FK usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu SUDZR ZQLHVLHQLD VSUJ]H przetwarzania danych osobowych. W sytuacji gdy likwidacja szkody jest związana z wykonaniem zawartej z Panią/Panem umowy – przysługuje Pani/Panu SUDZR GR SUJ]HQRV]HQLD GDQ\FK w celu przekazania danych innemu administratorowi danych. Przysługuje Pani/Panu również SUDZR ZQLHVLHQLD VNDUJL do organu zajmującego się ochroną danych osobowych. 3RGDQLH GDQ\FK RVRER Z\PRJLHP ustawowym lub umownym, w zależności od rodzaju umowy (Szczegółowe informacje o warunkach świadczenia zobowiązań, w tym o sposobie podania danych osobowych nie jest możliwa likwidacja szkody.

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie Wiener, 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 dokumentacji z mojego leczenia.
3. W celu usprawnienia i przyspieszenia procesu likwidacji szkody wyrażam zgodę na prowadzenie z Wiener korespondencji dotyczącej niniejszego zgłoszenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail. Nie Tak
4. W razie złożenia reklamacji do Wiener, wnoszę o dostarczanie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną. Nie Tak
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 może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

1U DJHQWD SR UHGQLND

Data i czytelny podpis Uprawnionego

Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego