Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów rezygnacji oferowanego przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group (dalej: Compensa)

COMPENSA VIENNA INSURANCE GROUP

ZGŁASZANIE SZKÓD – e-mail: kontakt@wiener.pl
W celu umożliwienia nam szybkiego i właściwego rozpatrzenia roszczenia wypełnij formularz dokładnie i szczegółowo.

Numer szkody __,__,__,__,__,__,__,__,__,__,__

Część A – wypełnia Ubezpieczony:

ZGŁASZAJĄCY SZKODĘ

Oswiadczenie organizatora turystyki/przedsiebiorcy ułatwiajacego nabywanie powiazanych usług turystycznych (dalej PUNPUT) dotyczace: zakresu wykonywanej działalnosci, wysokosci przychód oraz wysokosci przyjmowanych zaliczek, stanowiace integralna czesc wniosku o uzyskanie gwarancji ubezpieczeniowej

Imię i nazwisko: _____ PESEL lub data urodzenia w przypadku cudzoziemca __,__,__,__,__,__,__,__,__,__,__

Ulica _____ Numer domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy __,__ - __,__,__

Miejscowość _____ Adres do korespondencji _____

Adres e-mail _____ Telefon kontaktowy __,__,__,__,__,__,__,__,__

DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Rodzaj szkody:

- ☐ Koszty rezygnacji z imprezy / usługi turystycznej
- ☐ Koszty rezygnacji i przerwania uczestnictwa w imprezie / usłudze turystycznej
- ☐ Koszty anulacji biletu
- ☐ Koszty anulacji noclegu
- ☐ Inna: _____

Nazwa biura podróży lub innego podmiotu, w których wykupiono imprezę turystyczną / bilet / nocleg / wycieczkę jednodniową / rejs / czarter jachtu / konferencję / szkolenie / wynajem pojazdu / szkolenie / warsztaty i inne:

_____

Kraj wyjazdu: _____

Data wykupienia wyjazdu / biletu/ noclegu / rejsu / szkolenia / wynajmu pojazdu: __,__ - __,__ - __,__,__,__

Pierwszy dzień imprezy / dzień wyjazdu / dzień zakwaterowania / dzień rejsu / dzień szkolenia / dzień wynajmu pojazdu: __,__ - __,__ - __,__,__,__

Ostatni dzień imprezy / dzień powrotu: __,__ - __,__ - __,__,__,__

Środek transportu dotarcia na imprezę (samolot / dojazd własny / autokar / kolej / inny): _____

Przyczyna rezygnacji z usługi turystycznej w tym imprezy turystycznej / Przyczyna przerwania usługi turystycznej:

- ☐ Nagłe zachorowanie
- ☐ Nieszczęśliwy wypadek
- ☐ Śmierć
- ☐ Zdarzenie związane z mieniem
- ☐ Zdarzenie związane z ciążą
- ☐ Inne: _____

Data zajścia zdarzenia zmuszającego do rezygnacji z usługi (imprezy turystycznej, biletu, noclegi, rejsu, szkolenia, wynajmu pojazdu itd.): __,__ - __,__ - __,__,__,__

Data pisemnego poinformowania Biuro Podróży / Przewoźnika lub obiektu noclegowego lub innego Dostawcy usługi o rezygnacji lub przerwania podróży: __,__ - __,__ - __,__,__,__

Pole do opisania zdarzenia które było przyczyną rezygnacji:

_____

_____

Jeżeli zgłoszenie do Ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym z rezygnacji nie nastąpiło w ciągu do 7 dni od daty powiadomienia Biura Podróży/ przerwania podróży nie później niż w terminie 2 dni od dnia powzięcia wiadomości o zdarzeniu, prosimy o podanie powodu.

Pole do opisu tego powodu:

_____

_____

Nie dotyczy _____

Kogo dotyczy zdarzenie:

Ubezpieczonego ☐ TAK ☐ NIE

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: __.__ - __.__ - __.__.__.__

Osoby bliskiej nie biorącej udziału w podróży ☐ TAK ☐ NIE

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: __.__ - __.__ - __.__.__.__

Stopień pokrewieństwa: _____ Adres zamieszkania: _____

Współuczestnik podróży ☐ TAK ☐ NIE

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: __.__ - __.__ - __.__.__.__

Adres zamieszkania: _____

OŚWIADCZENIA:

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie Compensie, w imieniu której 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 nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Compensie dokumentacji z mojego leczenia.
3. Upoważniam Compensę do pozyskiwania w moim imieniu od organizatora turystki uzasadnienia wysokości opłat za odstąpienie od umowy o udział w imprezie turystycznej, stosownie do postanowień art. 47 ust. 2 Ustawy z dnia 24.11.2017 r. o imprezach turystycznych.
4. W celu usprawnienia i przyspieszenia procesu likwidacji szkody wyrażam zgodę na prowadzenie z Compensą korespondencji dotyczącej niniejszego zgłoszenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail.
   ☐ TAK ☐ NIE
5. Oświadczam, ze 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 Compensę może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.
6. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam ubezpieczenia w innym zakładzie ubezpieczeń pokrywającego swym zakresem zdarzenie zgłaszanej szkody:

Nazwa Zakładu Ubezpieczeń _____ nr polisy: _____

OŚWIADCZENIE

Niżej podpisana/y
Imię i nazwisko: _____ PESEL: __.__.__.__.__.__.__.__.__.__.__

legitymująca/y się dokumentem stwierdzającym tożsamość: _____
dowód osobisty / paszport zagraniczny / karta pobytu

seria _____ numer _____ wydany przez _____

zamieszkała/y w _____
ulica, nr domu, nr mieszkania, miejscowość, kod pocztowy - wypełnić w przypadku gdy adres zamieszkania jest inny jak adres zameldowania

1. Oświadczam, że zgłaszane do Compensy koszty _____ w związku z roszczeniami zarejestrowanymi
proszę podać łączną wartość roszczenia

pod nr _____ nie zostały mi zwrócone z żadnych innych źródeł, oraz nie stanowią
nr sprawy zgłoszonej do Compensy

przedmiotu roszczenia przed innymi podmiotami rynku finansowego.

2. Oświadczam też, że w przypadku otrzymania ich zwrotu od Compensy nie będę występował o zwrot z innych zakładów ubezpieczeń, ani od innych podmiotów.
3. Przyjmuje do wiadomości, że nie zostały mi zwrócone z żadnych innych źródeł, oraz nie stanowią przedmiotu roszczenia przed innymi podmiotami rynku finansowego. Oświadczam też, że w przypadku otrzymania ich zwrotu od Compensy nie będę występował o ich zwrot z innych zakładów ubezpieczeń, ani od innych podmiotów.

Dane do wypłaty świadczenia – podaj dane właściciela rachunku bankowego:

Właściciel rachunku: _____

Nr konta bankowego: __.__ __.__.__.__ __.__.__.__ __.__.__.__ __.__.__.__ __.__.__.__ __.__.__.__

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem

Data __.__ - __.__ - __.__.__.__

_____
Czytelny podpis

Część B – wypełnia Biuro Podróży:

Nr polisy kosztów rezygnacji: _____ Data zakupu polisy: __.__ - __.__ - __.__.__.__

Data powiadomienia przez Ubezpieczonego o rezygnacji z udziału w imprezie turystycznej / innej usługi: __.__ - __.__ - __.__.__.__

Cena imprezy turystycznej / biletu / noclegu / innej usługi (bez ceny za ubezpieczenie podróżne i koszty rezygnacji): _____ PLN
cena za 1 osobę

Wysokość potrąconych przez Biuro Podróży kosztów: _____ PLN

Wysokość dodatkowych kosztów transportu powrotnego: _____ PLN

Wysokość niewykorzystanych świadczeń podróżnych (zakwaterowanie i wyżywienie) w przypadku przerwania podróży _____ PLN

Dane osoby do kontaktu w przypadku dodatkowych pytań, wyjaśnień dla Biura Likwidacji Szkód:

Imię i nazwisko: _____ Telefon kontaktowy __,__,__,__,__,__,__,__,__

Adres e-mail _____

Data __,__ - __,__ - __,__,__,__

_____
Pieczątka firmowa i podpis pracownika Biura Podróży

Część C – Lista dokumentów do ubezpieczenia od kosztów rezygnacji

- Kopia polisy (nie dotyczy osób ubezpieczonych w ramach imprez zakupionych w biurach podróży).
- Umowa uczestnictwa w imprezie turystycznej indywidulana lub grupowa (grupowa jeśli została podpisana dla całej grupy na jedną podróż).
- Potwierdzenie rezerwacji w obiekcie noclegowym, wynajem jachtu lub pojazdu wraz z potwierdzeniem o anulacji rezerwacji.
- Bilet podróżny lub bilet wstępu i potwierdzenie o anulacji biletu podróżnego poświadczone w biurze podróży lub wygenerowane z serwisu internetowego.
- W przypadku anulacji biletu potwierdzenie o wysokości potrąceń odpowiednio z linii lotniczych (screen ekranu potwierdzenia anulacji z aplikacji w telefonie) bądź organizatora turystyki, który pośredniczył w zakupie biletu.
- W przypadku anulacji z noclegu w obiekcie noclegowym, potwierdzenie o wysokości potrąceń z obiektu noclegowego lub od innego dostawcy usług turystycznych, który pośredniczył w rezerwacji noclegu.
- Dowody poniesionych kosztów i zapłaty za transport powrotny w przypadku przerwania podróży i wcześniejszego powrotu i poniesienia wcześniej uzgodnionych z Centralą Alarmową kosztów.

Dodatkowe, ważne dokumenty do zgłoszenia szkody:

- Dokumentacja lekarska z wizyty stacjonarnej, telemedycznej lub z udzielenia pierwszej pomocy SOR lub z karetki pogotowia zawierającą rozpoznanie, diagnozę wraz z dalszymi zaleceniami lekarskimi.
- Zaświadczenie lekarskie o niemożności skorzystania z usług turystycznych danego rodzaju w tym o charakterze sportowym z informacją o szacowanym okresie leczenia.
- Protokół policji z miejsca zdarzenia, straży pożarnej lub innych służb ratunkowych których interwencja była wymagana.
- Kopia aktu zgonu wraz z kartą zgonu potwierdzającą przyczynę zgonu.
- Zaświadczenie o utracie pracy.
- Zaświadczenie od pracodawcy o terminie podjęcia w pracy przypadający na termin rozpoczęcia podróży.
- Kopia rachunków i dowodów opłat za transport powrotny.
- Zaświadczenie z biura podróży o kosztach transportu powrotnego o ile był przewidziany w umowie uczestnictwa w imprezie turystycznej.
- Inne dokumenty związane z zaistniałym zdarzeniem, mające na celu ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela takie jak: pozyskiwanie dokumentacji medycznej z dotychczasowego przebiegu leczenia choroby Ubezpieczonego lub osoby bliskiej Ubezpieczonego lub współuczestnika podróży lub osoby bliskiej współuczestnika podróży – jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy osoby bliskiej lub współuczestnika imprezy, lub osoby bliskiej współuczestnika.

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.

KLAUZULA INFORMACYJNA

KTO JEST ADMINISTRATOREM DANYCH OSOBOWYCH
Administratorem danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-342), Al. Jerozolimskie 162.

JAK SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z ADMINISTRATOREM, INSPEKTOR OCHRONY DANYCH
Z administratorem może się Pani/Pan kontaktować poprzez adres e-mail centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres siedziby administratora wskazany powyżej. Administrator powołał inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarza-nia danych osobowych oraz korzystania z Pani/Pana praw związanych z przetwarzaniem danych, poprzez adres e-mail iod@vig-polska.pl lub na adres siedziby administratora wskazany powyżej.

W JAKIM CELU PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I PODSTAWY PRAWNE RODO
Państwa dane osobowe przetwarzamy w celach następujących i w oparciu o następujące podstawy prawne:
- likwidacji zgłoszonych szkód – art. 6 ust. 1 lit. c) i f) oraz art. 9 ust. 2 lit. f) RODO;
- ewentualnie, w celu dochodzenia roszczeń związanych z umowa ubezpieczenia – art. 6 ust. 1 lit. f) oraz art. 9 ust. 2 lit. f) RODO;
- ewentualnie, w celu podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań – art. 6 ust. 1 lit. f) RODO;
- reasekuracji ryzyk – art. 6 ust.1 lit. f) RODO;
- gromadzenia danych statystycznych w celu ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości – art. 6 ust. 1 lit. c) RODO.

(RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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).

KTO MOŻE BYĆ ODBIORCĄ DANYCH OSOBOWYCH
Odbiorcami danych osobowych mogą być inne zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji, audytorzy, a także podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu administratora (na podstawie umowy z administratorem, w zakresie przez niego wskazanym i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora), w tym podmioty zapewniające usługi wsparcia (np. informatycznego i administracyjnego), podmioty przeprowadzające likwidację szkody, podmiotom przetwarzającym dane w celu dochodzenia należności, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom archiwizującym lub usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku.

JAK DŁUGO PRZECHOWUJEMY DANE OSOBOWE
Dane osobowe będą przechowywane do dnia przedawnienia roszczeń z tytułu szkody będącej przedmiotem prowadzonego postepowania likwidacyjnego, ewentualnie do dnia wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa.

JAKIE PRAWA PAŃSTWU PRZYSŁUGUJĄ
Na zasadach przewidzianych w RODO, mają Państwo prawo do:
- dostępu do danych;
- sprostowania danych;
- usunięcia danych;
- ograniczenia przetwarzania danych;
- wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją w przypadku, gdy dane osobowe przetwarzane są na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest konieczne do obsługi zgłoszenia i do przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody (bez podania danych osobowych zgłoszenie nie zostanie uwzględnione, a likwidacja szkody nie jest możliwa).