

--	--	--	--	--	--	--	--

Nr ____ / ____

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU

wypełnia zakład pracy

następstw nieszczęśliwego wypadku	choroby ubezpieczonego	zgonu osoby współubezpieczonej	urodzenia dziecka

imię ubezpieczonego pracownika		nazwisko ubezpieczonego pracownika	
data urodzenia		adres	
nr konta			

początek odpowiedzialności	suma ubezpieczenia	składka miesięczna	data zatrudnienia pracownika	data i sposób rozwiązania stosunku pracy
załącza się deklarację zgody oraz niżej wymienione dokumenty		ostatnia skł. za miesiąc, w którym nastąpiła wyp. ubez.	potrącona	lista płac

.....
pieczęć zakładu pracy wraz z podpisem

wypełnia uprawniony

wypadek ubezpieczeniowy dotyczy	
imię i nazwisko osoby	poszkodowanej urodzonej zmarłej
data urodzenia	
data zgonu	
stosunek rodziny do ubezpieczonego	
imię, nazwisko, adres oraz imię ojca osoby uprawnionej	
nr dowodu osobistego, data wydania oraz organ wydający	
PESEL	

Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji w sprawie szkody pocztą elektroniczną

na adres:

W zakresie, w jakim w niniejszym zgłoszeniu, załącznikach do niego lub w dalszej dokumentacji dotyczącej zdarzenia wskazanego powyżej, podaję dane szczególnych kategorii (dane o stanie zdrowia), wyrażam zgodę na ich przetwarzanie przez TUW Cuprum z siedzibą w Lubinie na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679, w celu prowadzenia postępowania likwidacyjnego.

.....
(podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA:

1. Administratorem podanych wyżej danych osobowych jest TUW - Cuprum z siedzibą w Lubinie (dalej: **Administrator**).
2. Z Inspektorem Ochrony Danych Administratora można skontaktować się poprzez e-mail: iod@tuw-cuprum.pl.
3. Przetwarzanie będzie odbywać się w celu prowadzenia postępowania likwidacyjnego zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest wykonanie umowy ubezpieczenia oraz obowiązków wynikających z przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji, a w zakresie w jakim przetwarzane są dane o stanie zdrowia, zgoda osoby, której dane dotyczą.
5. Dane mogą być przekazywane innym podmiotom, które przetwarzają dane w imieniu Administratora, którym Administrator danych może zlecić wykonywanie pewnych czynności w związku z przetwarzaniem danych osobowych, co każdorazowo odbywać się będzie na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
6. Administrator będzie przetwarzał dane przez okres 20 lat tj. okres niezbędny dla realizacji celu przetwarzania.
7. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do cofnięcia zgody, dostępu do treści jej danych i ich sprostowania, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych - bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, które miało miejsce do czasu realizacji jednego z tych praw.
8. Osobie, której dane dotyczą przysługuje również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli sposób przetwarzania danych będzie niezgodny z prawem.
9. Przekazanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu prowadzenia postępowania likwidacyjnego.

.....
czytelny podpis uprawnionego wnioskodawcy

1. Trwałe następstwa nieszczęśliwych wypadków

data zdarzenia		godzina		miejsce	
opis zdarzenia					
rodzaj doznanych obrażeń					
pomoc medyczna udzielona w dniu			przez		
dalsze leczenie w					
data zakończenia leczenia					

Oświadczam, że w chwili zaistnienia w/w zdarzenia **nie byłem/ byłem*** po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych oraz innych środków w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.

Wyrażam zgodę na wystąpienie TUV-CUPRUM do podmiotów, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o udostępnienie dokumentacji lekarskiej.

.....
czytelny podpis uprawnionego wnioskodawcy

2. Pobyt w szpitalu związany z leczeniem choroby

nazwa i adres placówki podstawowej opieki medycznej	
nazwa i adres placówki medycznej kierującej do szpitala	
rodzaj doznanych obrażeń	

.....
czytelny podpis uprawnionego wnioskodawcy

3. Zgon ubezpieczonego/współubezpieczonego

Przyczyna zgonu: choroba / nieszczęśliwy wypadek *

Jeśli przyczyną zgonu jest nieszczęśliwy wypadek, czy prowadzone jest postępowanie wyjaśniające **TAK / NIE ***

Jeśli TAK – nazwa i adres jednostki prowadzącej postępowanie.

--

.....
czytelny podpis uprawnionego wnioskodawcy

uwagi likwidatora

--

* niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość, data

.....
podpis sporządzającego