

1. Należy wypełnić wszystkie części formularza podając prawdziwe i wyczerpujące informacje.
2. Do wypełnionego formularza należy dołączyć kompletną dokumentację zgodnie z wykazem dokumentów wskazanym w formularzu w części „Informacje dla zgłaszającego roszczenie”.
3. Pomoc w wypełnieniu formularza można uzyskać kontaktując się z Infolinią AGRO Ubezpieczeń - Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych pod numerem telefonu: **48 370 43 21** (pon.-pt. 8.00-18.00).
4. Wypełniony formularz wraz z dokumentami (skany lub kserokopie) należy wysłać na adres e-mail: **zgloszenia.krus@agroubezpieczenia.pl** lub listem poleconym na adres: AGRO Ubezpieczenia - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Graniczna 17, 26-604 Radom.

[illegible]

☐ 2. Śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	☐ 9. Zatrucie dziecka środkami chemicznymi, grzybami, salmonella lub trującymi roślinami	☐ 15. Koszty leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku dziecka
☐ 3. Śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce na terenie gospodarstwa rolnego	☐ 10. Pokasanie, ukaszenie, pogryzienie, ugryzienie dziecka przez zwierzęta	☐ 16. Koszty leczenia stomatologicznego następstw nieszczęśliwego wypadku dziecka
☐ 4. Śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	☐ 11. Oparzenie lub odmrożenie ciała dziecka	☐ 17. Koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych dla dziecka
☐ 5. Śmierć rolnika wskutek nieszczęśliwego wypadku	☐ 12. Wstrząszenie mózgu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	☐ 18. Poważne zachorowanie dziecka
☐ 6. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	☐ 13. Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	☐ 19. Operacje chirurgiczne dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
☐ 7. Uszkodzenie ciała dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	☐ 14. Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby	☐ 20. Sepsa
☐ 8. Porażenie dziecka prądem elektrycznym lub piorunem		☐ 21. Wady wrodzone serca

22. Imię	23. Nazwisko	
24. Nazwisko rodowe	25. PESEL	

26. Ulica																									
27. Nr domu / mieszkania										28. Kod pocztowy								29. Miejscowość							
30. Telefon komórkowy										31. Adres e-mail															

[illegible]

36. Ulica

37. Nr domu / mieszkania

38. Kod pocztowy

39. Miejscowość

40. Telefon komórkowy

41. Adres e-mail

42. Data zdarzenia

DD / MM / RRRR

43. Godzina

HH : MM

44. Miejsce, okoliczności i przebieg zdarzenia

45. Odniesione wskutek zgłaszanego zdarzenia obrażenia ciała

46. Czy do opisywanego zdarzenia doszło w wyniku uprawiania sportu (podczas treningu) w ramach klubów, związków sportowych lub organizacji sportowych? Jeżeli zaznaczono „TAK” proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych.

☐ 47. TAK ☐ 48. NIE

49. Czy części ciała opisywane w punkcie 45 były uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia?

☐ 50. TAK ☐ 51. NIE

Przebieg leczenia poszkodowanego (Ubezpiezonego dziecka)

52. Zakłady lecznicze, w których leczył się poszkodowany w związku z wypadkiem

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

53. Czy leczenie i rehabilitacja zakończyły się?

☐ 54. NIE, jestem w trakcie leczenia i rehabilitacji, przewidywana data zakończenia leczenia

DD / MM / RRRR

☐ 55. TAK, data zakończenia leczenia

DD / MM / RRRR

56. Czy na miejsce zdarzenia była wzywana policja/pogotowie ratunkowe?

☐ 57. TAK ☐ 58. NIE

59. Czy poszkodowany był przyjęty na szpitalny oddział ratunkowy/izbę przyjęć szpitala?

☐ 60. TAK ☐ 61. NIE

62. Czy w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie wyjaśniające przez organy policji, prokuratury lub sądu?

☐ 63. TAK ☐ 64. NIE

	Nazwa i adres	Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA			
PROKURATURA			
SAD			
POGOTOWIE RATUNKOWE			

65. Czy zdarzenie miało miejsce na terenie gospodarstwa rolnego?

☐ 66. TAK ☐ 67. NIE

68. Czy sporządzono protokół lub kartę wypadku, itp.?

☐ 69. TAK ☐ 70. NIE

71. Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był trzeźwy i nie był pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków?

☐ 72. TAK ☐ 73. NIE

Informacja dla zgłaszającego roszczenie

Niniejszy formularz należy wypełnić i przestać po zakończeniu leczenia i rehabilitacji dziecka.

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia w przypadku urazu Ubezpiezonego dziecka (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty):

- ☐ 74. kopia zaświadczenia o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu lub pobieraniu świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników (ubezpieczenie emerytalno-rentowe oraz wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie) za okres, w którym doszło do wypadku
- ☐ 75. kopia dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo poszkodowanego dziecka z Ubezpieczonym rolnikiem, np. akt urodzenia dziecka
- ☐ 76. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy medycznej dziecku bezpośrednio po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego)
- ☐ 77. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego dziecka
- ☐ 78. kopia dokumentacji medycznej z leczenia skutków urazu (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacyjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań, np: RTG, USG, TK, MR, etc.)
- ☐ 79. kopia dokumentacji z policji/prokuratury/sądu (jeżeli zdarzenie, w wyniku którego doszło do powstania uszkodzeń ciała, było przedmiotem postępowania ww. organów)
- ☐ 80. kopia protokołu sporządzonego przez pracownika KRUS (ogłędziny miejsca i przedmiotów związanych z wypadkiem oraz zeznania świadków zdarzenia na temat okoliczności i przyczyn zaistniałej sytuacji) – jeżeli zdarzenie, w wyniku którego doszło do wypadku Ubezpiezonego dziecka, było przedmiotem postępowania ww. organu i sporządzono protokół
- ☐ 81. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (karta rowerowa, karta motorowerowa, prawo jazdy) – jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu
- ☐ 82. kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
- ☐ 83. oryginały rachunków, paragonów, faktur lub innych dowodów zapłaty potwierdzające poniesione koszty leczenia dziecka
- ☐ 84. bilety lub faktury potwierdzające koszty dojazdu dziecka do placówek medycznych lub rehabilitacyjnych
- ☐ 85. inne

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia w przypadku śmierci Ubezpiezonego dziecka lub Ubezpiezonego rolnika (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty):

- ☐ 86. kopia zaświadczenia o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu lub pobieraniu świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników (ubezpieczenie emerytalno-rentowe oraz wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie) za okres, w którym doszło do zgonu Ubezpiezonego
- ☐ 87. kopia dokumentu potwierdzającego dane osobowe Uposażonego/Spadkobiercy
- ☐ 88. kopia odpisu skróconego aktu zgonu poszkodowanego
- ☐ 89. kopia statystycznej karty zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, inny dokument medyczny określający przyczynę śmierci poszkodowanego (np. zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, karta informacyjna leczenia szpitalnego)
- ☐ 90. kopia protokołu sporządzonego przez pracownika KRUS (ogłędziny miejsca i przedmiotów związanych z wypadkiem oraz zeznania świadków zdarzenia na temat okoliczności i przyczyn zaistniałej sytuacji) – jeżeli zdarzenie, w wyniku którego doszło do wypadku powodującego zgon, było przedmiotem postępowania ww. organu i sporządzono protokół
- ☐ 91. kopia protokołu z sekcji zwłok (jeżeli został sporządzony)
- ☐ 92. kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca wystąpienie u poszkodowanego zawału serca lub udaru mózgu (jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku zawału serca lub udaru)
- ☐ 93. kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialne potwierdzenie dziedziczenia (jeżeli nie został wskazany Uposażony) – dotyczy Ubezpiezonego rolnika
- ☐ 94. kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialne potwierdzenie dziedziczenia (jeżeli rodzice Ubezpiezonego dziecka zostali pozbawieni praw rodzicielskich i/lub nie żyją) - dotyczy Ubezpiezonego dziecka
- ☐ 95. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu np: prawo jazdy, karta motorowerowa, karta rowerowa (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
- ☐ 96. kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)

AGRO Ubezpieczenia - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

1. Administrator danych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AGRO Ubezpieczenia – Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie (02-566), przy ul. Puławskiej 2 ("Towarzystwo").

2. Inspektor Ochrony Danych

Może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: IDO@agroubezpieczenia.pl

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- 1) wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy (*dotyczy Poszkodowanego, Ubezpieczonego, Zgłaszającego, Pełnomocnika, Uposażonego, Spadkobiercy*), a także zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia (*dotyczy Ubezpieczonego*),
- 2) dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa (*dotyczy Poszkodowanego, Ubezpieczonego, Zgłaszającego, Pełnomocnika, Uposażonego, Spadkobiercy*),
- 3) przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa (*dotyczy Poszkodowanego, Ubezpieczonego, Zgłaszającego, Pełnomocnika, Uposażonego, Spadkobiercy*),
- 4) rachunkowych, przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z zawartą umową zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione (*dotyczy Poszkodowanego, Spadkobiercy*),
- 5) podatkowych, przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy wynikający z rozliczenia zawartej umowy (dotyczy Poszkodowanego, Spadkobiercy),
- 6) usług własnych Towarzystwa – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa (*dotyczy Ubezpieczonego*),
- 7) reasekuracji ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa (*dotyczy Ubezpieczonego*).

4. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa dotyczących rachunkowości.

5. Ujawnianie danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji i innym zakładom ubezpieczeń oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa, m.in. dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom wykonującym na rzecz Towarzystwa czynności ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Ma Pani/Pan prawo do otrzymania od Towarzystwa Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które zostały przez Panią/Pana dostarczone Towarzystwu w celu wykonywania umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do żądania, by powyższe dane zostały przesłane przez Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.

7. Organ nadzoru

Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przez mnie nieprawdziwych informacji w celu osiągnięcia korzyści majątkowych może narazić mnie na odpowiedzialność karną.
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego roszczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail podany w niniejszym zgłoszeniu. Mam świadomość, że w każdej chwili mogę zażądać przesyłania korespondencji w formie pisemnej. ☐ 104. TAK ☐ 105. NIE
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez AGRO Ubezpieczenia - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych dostępnym na stronie internetowej www.agroubezpieczenia.pl ☐ 106. TAK ☐ 107. NIE
4. Działając jako przedstawiciel ustawowy dziecka:

[illegible][illegible][illegible]

powożaniem lekarzy, szpitala oraz inne placówki opieki zdrowotnej do udzielenia AGRO Ubezpieczeniom - Towarzystwu Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie („Towarzystwo”) w celu ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości informacji o stanie zdrowia dziecka (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), dotyczących przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego (w tym wykonanych w ich trakcie badań diagnostycznych i ich wyników oraz innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wyników leczenia i rękowań) oraz wyników przeprowadzonych dziecku konsultacji. Wyrażam zgodę na udostępnienie w powyższym zakresie Towarzystwu dokumentacji medycznej leczenia dziecka przez podmioty udzielające mu świadczeń zdrowotnych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zgodę na udostępnienie powyższych informacji i dokumentacji po śmierci dziecka, w tym również o wynikach sekcji zwłok, jeśli zostanie przeprowadzona.

5. Wyrażam zgodę na udostępnianie innym zakładom ubezpieczeń i uzyskiwanie przez AGRO Ubezpieczenia - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych od innych zakładów ubezpieczeń dotyczących mnie informacji w zakresie potrzebnym do ustalania prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń. ☐ 113. TAK ☐ 114. NIE
6. Wyrażam zgodę na zasięganie przez AGRO Ubezpieczenia - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek medycznych, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej, w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia. ☐ 115. TAK ☐ 116. NIE

[illegible]

DD / MM / RRRR
