



Zgłaszane roszczenie dotyczy*

- śmierci
- śmierci po upływie 24 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową
- śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
- Uszczerbku lub uszkodzeń ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
- Ubezpieczonego
- Osoby bliskiej
- Dziecka

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie (drukowanymi literami).

Dane Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Nazwisko _____ Imię _____ PESEL _____

Numer polisy _____ Telefon _____ E-mail _____

Adres zamieszkania

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Dane osoby, której dotyczy roszczenie (jeżeli inna niż Ubezpieczony)

Nazwisko _____ Imię _____ PESEL _____

Telefon _____ E-mail _____

Adres zamieszkania

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Dane dotyczące zgonu/wypadku

 D D M M R R R R _____
Data zgonu/wypadku _____ Okoliczności i miejsce zgonu (wyczerpująco) _____

- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?* Tak Nie
- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?* Tak Nie
- Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?* Tak Nie
- Czy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy śmierci)?* Tak Nie
- Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy lub toczyło się postępowanie sądowe lub postępowanie przygotowawcze prowadzone przez prokuraturę lub policję?* Tak Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy, nazwę oraz adres sądu prowadzącego postępowanie: _____

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie Zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie:

Nazwa i adres placówki medycznej/ szpitala, w którym leczył się Ubezpieczony w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczył się Ubezpieczony:

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeżeli jest nim osoba inna niż Ubezpieczony

Nazwisko _____ Imię _____
Państwo urodzenia _____ +48 _____ Telefon komórkowy _____ +48 _____ Telefon stacjonarny _____

E-mail _____

Adres korespondencyjny

_____ / _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

_____ Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko)

_____ Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

_____ / _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Przekaz pocztowy

Adres:

_____ / _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

_____ / _____
Data _____ Miejscowość _____ Podpis zgłaszającego roszczenie _____

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczane za zgodność z oryginałem przez odpowiednio notariusza, Agenta lub pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego Głównego lub Współmałżonka/Partnera
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, w przypadku gdy uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego, lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO LUB OSOBY BLISKIEJ, LUB DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego lub Osoby bliskiej, lub Dziecka
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.)
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, proto-

kołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie)

- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawionych
- kopię odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, w przypadku gdy uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego, lub kopię notarialnego poświadczenia dziedziczenia

USZCZERBEK LUB USZKODZENIA CIAŁA UBEZPIECZONEGO LUB OSOBY BLISKIEJ, LUB DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- opis okoliczności zdarzenia i – o ile zostały sporządzone – protokół powypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatkę urzędową z policji, protokół oględzin miejsca zdarzenia, wynik postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresy placówek, w których Ubezpieczony lub Osoba bliska, lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego oraz Osoby bliskiej lub Dziecka, jeżeli zdarzenie dotyczy Osoby bliskiej lub Dziecka

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

Oświadczenia

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie (jeżeli nie jest jednocześnie Ubezpieczonym)

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.*

Tak Nie

 D D M M R R R R

Data _____ Miejscowość _____ Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie _____

Oświadczenia Ubezpiezonego / Osoby bliskiej / pełnoletniego Dziecka / Opiekuna prawnego Dziecka

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (Towarzystwo), moich/mojego Dziecka** danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu do celów związanych z obsługą zgłaszanego roszczenia.

Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Tak Nie

2. Ja, niżej podpisany/-a, wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi/mojemu Dziecku** świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji lub dokumentacji medycznej o stanie zdrowia obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu***.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi/mojemu Dziecku** świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia***.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela Towarzystwa;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których ja/moje Dziecko** jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpiezonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpiezonego do świadczenia z Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpiezonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości***.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich/mojego Dziecka** danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Tak Nie

 D D M M R R R R

Data _____ Miejscowość _____ Podpis Ubezpiezonego / Osoby bliskiej / pełnoletniego Dziecka / Opiekuna prawnego Dziecka _____

Prosimy o przesłanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku: Roszczenia Bancassurance

* Zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków).

** Zaznacz właściwe.

*** Nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci.

Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych jesteśmy my, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.

Warto wiedzieć

My – administrator danych, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Ty – osoba, której dane przetwarzamy

Jak skontaktować się z inspektorem ochrony danych

Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym możesz się skontaktować poprzez e-mail: dane.osobowe@uniqa.pl lub listownie na adres administratora. Adres znajdziesz w części „Kto jest administratorem Twoich danych”. Z inspektorem ochrony danych możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

W jakich celach i na jakiej podstawie prawnej możemy przetwarzać Twoje dane

Twoje dane przetwarzamy zawsze zgodnie z prawem w celach:

- wykonania umowy ubezpieczenia – przetwarzanie danych jest niezbędne do wykonania umowy;
- usprawnienia komunikacji – przetwarzanie danych kontaktowych (np. nr telefonu, e-mail), których podanie nie jest obowiązkowe, ale zalecane, wynika z prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest usprawnienie komunikacji z Tobą w kwestiach związanych z obsługą Twojego roszczenia;
- obsługi roszczeń – przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- wypełnienia obowiązków prawnych – przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze wynikających w szczególności z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów sankcyjnych, rachunkowych, podatkowych, FATCA, CRS oraz sankcji wynikających z zobowiązań międzynarodowych;
- dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest możliwość dochodzenia roszczeń lub obrony przed nimi;
- sprawdzenia Twojego zadowolenia z jakości naszej usługi lub ze sposobu jej realizacji – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora jakim jest podnoszenie jakości świadczonych usług i realizacji wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego;
- przeciwdziałania przestępstwom – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli przeciwdziałania i ścigania przestępstw;
- statystycznych i analitycznych, w tym w celu profilowania – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest wykonywanie statystyk i analiz.

Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane

W zależności od podstawy prawnej przetwarzania Twoich danych osobowych, będziemy je przechowywali do czasu, gdy przedawnią się roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub wygaśnie obowiązek przechowywania danych wynikający z przepisów prawa, lub zrealizujemy nasz prawnie uzasadniony interes,

lub zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania opartego na prawnie uzasadnionym interesie.

Komu możemy udostępnić lub przekazać Twoje dane

Twoje dane osobowe możemy udostępnić podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów prawa, np. zakładom reasekuracji. Twoje dane osobowe możemy przekazać podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie UNIQA, np.: dostawcom usług IT, podmiotom windykującym należności, podmiotom świadczącym usługi assistance, podmiotom zajmującym się wsparciem procesów obsługi roszczeń, agentom ubezpieczeniowym. Podmioty, którym przekazujemy Twoje dane, przetwarzają je na podstawie zawartej z nami umowy – wyłącznie zgodnie z naszymi poleceniami.

Czy Twoje dane będziemy przekazywać poza Europejski Obszar Gospodarczy

Twoje dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie. Dane możemy przekazać w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję. Możesz otrzymać kopię dokumentu regulującego przetwarzanie Twoich danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym lub informację o miejscu jego udostępnienia.

Jakie prawa Ci przysługują

Przysługują Ci prawa: dostępu do Twoich danych osobowych; ich sprostowania; usunięcia; ograniczenia ich przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, które dokonywane jest na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora; przeniesienia danych osobowych. Masz również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Na czym polega zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie

W przypadku wybranych rodzajów roszczeń, niektóre Twoje dane będziemy mogli przetwarzać w sposób zautomatyzowany, czyli bez udziału człowieka, w tym również będziemy je profilować. Polega to na weryfikacji przekazanych informacji o zdarzeniu ubezpieczeniowym z zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Robimy to po to, aby móc podjąć decyzję w sprawie roszczenia. Przykład: jeśli występujesz o roszczenie z tytułu leczenia, dane mogą zostać pobrane automatycznie z formularza i przetworzone, w wyniku czego, jeśli roszczenie jest zasadne, zostanie podjęta automatyczna decyzja o wypłacie świadczenia. Masz prawo zakwestionować automatycznie podjętą decyzję, wyrazić własne stanowisko lub uzyskać interwencję człowieka co oznacza, że człowiek przeanalizuje dane i podejmie decyzję.

Co jeszcze warto wiedzieć

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem obsługi roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest brak możliwości podjęcia decyzji dotyczącej roszczenia. W przypadku danych osobowych nieuzyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych może być np. ubezpieczający. Mogą to być w szczególności: imię i nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, e-mail, telefon oraz inne dane niezbędne do obsługi roszczenia. Źródłem pozyskania informacji o Twoim zdrowiu może być również Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne placówki lecznicze, jeśli wcześniej dostaliśmy Twoją zgodę na otrzymywanie danych od tych podmiotów.