

Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ubezpiezonego Głównego | <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci  |
| <input type="checkbox"/> Współmałżonka          | <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku  |
| <input type="checkbox"/> Dziecka                | <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego  |
|   | <input type="checkbox"/> z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku |
|   | <input type="checkbox"/> z tytułu złamania kości w następstwie nieszczęśliwego wypadku   |

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

**Ubezpieczony Główny / Współmałżonek / Dziecko<sup>1</sup>**

Nazwisko	Imiona
_____	_____
PESEL	Telefon kontaktowy
_____	_____
	E-mail
	_____

**Dane dotyczące zgonu/wypadku<sup>2</sup>**

Przyczyna i okoliczności zgonu/wypadku: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?  Tak  NieCzy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?  Tak  NieCzy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?  Tak  NieCzy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy zgonu)?  Tak  NieCzy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?  Tak  Nie

Jeśli „Tak”, należy podać sygnaturę akt sprawy: \_\_\_\_\_

Czy Ubezpieczony, którego dotyczy roszczenie, nabył prawo do emerytury lub renty?  Tak  NieJeśli tak, to kiedy Ubezpieczony nabył prawo do emerytury lub renty? 

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

Czy zostało zakończone leczenie?  Tak  Nie

Nazwa i adres placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się Ubezpieczony w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym: \_\_\_\_\_

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

## Zgłaszający roszczenie

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
+48 \_\_\_\_\_ +48 \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny E-mail \_\_\_\_\_

**Jeżeli zgłaszający jest Uposażonym/Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należy również podać następujące dane:**

\_\_\_\_\_  
Data urodzenia PESEL \_\_\_\_\_ Obywatelstwo  
 polskie  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości  dowód osobisty  paszport  karta pobytu \_\_\_\_\_  
Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
Ulica Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania)

\_\_\_\_\_  
Ulica Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

\_\_\_\_\_  
Numer rachunku bankowego

**Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.**

\_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Podpis osoby zgłaszającej roszczenie \_\_\_\_\_

### Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC (w zakresie jego kompetencji), pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego Głównego
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentację potwierdzającą przyczynę śmierci
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego)
- odpis postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, w przypadku gdy osobą uprawnioną jest spadkobierca prawny

**TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ALBO TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ORAZ SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO / WSPÓŁMAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- 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, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie)
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony Główny lub Współmałżonek był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy lub trwałą i całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji

kopię odpisu skróconego aktu małżeństwa (jeżeli zdarzenie dotyczy Współmałżonka)

kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego Głównego oraz Współmałżonka (jeżeli zdarzenie dotyczy Współmałżonka)

**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO / WSPÓŁMAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU / WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego Głównego / Współmałżonka
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentację potwierdzającą 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, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie)
- kopię odpisu skróconego aktu małżeństwa (jeżeli zdarzenie dotyczy Współmałżonka)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego)
- odpis postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, w przypadku gdy osobą uprawnioną jest spadkobierca prawny

**ZŁAMANIA KOŚCI UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO / WSPÓŁMAŁŻONKA / DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony Główny lub Współmałżonek lub dziecko byli zarejestrowani i leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia

- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego Głównego oraz Współmałżonka/Dziecka (jeżeli zdarzenie dotyczy Współmałżonka/Dziecka)
- kopię odpisu skróconego aktu małżeństwa (jeżeli zdarzenie dotyczy Współmałżonka)
- kopię odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (dotyczy roszczeń z tytułu złamania kości dziecka)

## Oświadczenia

### Oświadczenia Ubezpieczonego, którego dotyczy zgłaszane roszczenie<sup>3</sup>

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

Zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy mnie leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.

Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Tak  Nie

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych udostępniłem mi Informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak  Nie

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 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) przyczynę mojej śmierci.

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

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu.

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

Tak  Nie

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

Powyższa zgoda pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

### Oświadczenie Uprawnionego/Uposażonego do odbioru świadczenia

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne<sup>4</sup>:

Tak  Nie

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli oświadczenie zostało zaznaczone na „Tak”, Uprawniony/Uposażony wypełnia dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej zgodnie z instrukcją zamieszczoną na formularzu.*

### Oświadczenia zgłaszającego roszczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na<sup>2</sup>:

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu drogą elektroniczną na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

### Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data           \_\_\_\_\_ Czytelny podpis Ubezpieczonego

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data           \_\_\_\_\_ Czytelny podpis Uprawnionego/Uposażonego (jeśli jest inny niż Ubezpieczony)

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data           \_\_\_\_\_ Czytelny podpis Zgłaszającego roszczenie (jeśli jest inny niż Ubezpieczony lub Uprawniony/Uposażony)

Prosimy przelać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

**UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**  
**ul. Chłodna 51**  
**00-867 Warszawa**

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie**

1. Prosimy skreślić niewłaściwe.  
2. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.  
3. Nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci.  
4. Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ustawy z dnia 1 marca 2018r. 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). Pełną definicję znajdziesz także w dokumencie „Definicja PEP” na uniaqa.pl.

### 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.