

Oświadczenie przed zawarciem nowej umowy dodatkowej lub zmianą sumy ubezpieczenia

Oświadczam, że przed zawarciem nowej umowy dodatkowej lub zmianą sumy ubezpieczenia:

- 1) została przeprowadzona ze mną rozmowa, dzięki której określone zostały moje potrzeby i wymagania w zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) zostały mi podane obiektywne informacje o proponowanym produkcie, które pozwalają na podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

- zawarcie umów dodatkowych
 wypowiedzenie umów dodatkowych
 zmiana sumy ubezpieczenia

Czytelny podpis ubezpieczającego

Numer polisy

Data obowiązywania zmiany

Imię pośrednika ubezpieczeniowego

Nazwisko pośrednika ubezpieczeniowego

Numer wewnętrzny lub numer RAU pośrednika ubezpieczeniowego

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami.

Jeśli ubezpieczający lub ubezpieczony jest osobą prawną lub jeśli działa przez przedstawiciela (np. pełnomocnika), do wniosku powinien być załączony Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Ubezpieczający

Nazwisko¹

Imię, imiona

Data urodzenia

PESEL

Płeć kobieta mężczyzna

Stan cywilny²

Obywatelstwo

- polskie inne (prosimy podać jakie)

NIP³

Państwo urodzenia

- stacjonarny komórkowy

Telefon kontaktowy

Godziny kontaktu

Seria i numer dokumentu tożsamości

- dowód osobisty
 mDowód
 paszport
 inny (podać jaki)

E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

Adres zamieszkania/siedziby⁴

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania/siedziby)

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy

- umowa o pracę działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód darowizna spadek wygrana losowa kredyt emerytura lub renta
 inne _____ odmawiam podania

Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (kod PKD przeważającej działalności)⁵ _____

1. Lub nazwa, w przypadku gdy ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą. Taki ubezpieczający do wniosku załącza zawsze aktualny odpis z KRS lub CEIDG lub inny właściwy dokument.
2. Prosimy wypełnić w przypadku, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
3. Wypełnić w przypadku gdy ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą.
5. Prosimy wypełnić, jeśli umowę zawiera osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.

Ubezpieczony/dziecko (wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy jest inną osobą niż ubezpieczający)

Jeśli w polisie jest więcej niż jeden ubezpieczony, wniosek wypełnia każdy ubezpieczony.

Ubezpieczony Ubezpieczony/współmałżonek Ubezpieczony/partner dziecko (dot. umowy osierocenia dziecka przez ubezpieczonego; wymagane dane: imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia dziecka)

Nazwisko				Imię, imiona			
<u>D</u> <u>D</u> <u>M</u> <u>M</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	PESEL	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Stan cywilny		
Data urodzenia							
Obywatelstwo							
<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne (prosimy podać jakie)							
<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> komórkowy	Godziny kontaktu	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Seria i numer dokumentu tożsamości	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> mDowód <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny (podać jaki)		
Telefon kontaktowy							
E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)							

Adres zamieszkania

<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Kraj
Ulica	Numer domu/lokalu	Miejscowość	Kod pocztowy	

Adres korespondencyjny (wypełnić jeżeli adres zamieszkania jest inny niż korespondencyjny)

<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Kraj
Ulica	Numer domu/lokalu	Miejscowość	Kod pocztowy	

Przedstawiciele ustawowi ubezpieczonego (prosimy wypełnić w przypadku, gdy ubezpieczony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych)

Przedstawiciel ustawowy wypełnia każdorazowo i załącza do wniosku Formularz AML i rezydencji podatkowej zgodnie z instrukcjami w nim zawartymi.

Nazwisko				Imię, imiona			
Nazwisko				Imię, imiona			

Oświadczenie ubezpieczającego, który jest osobą fizyczną

Jeśli w tej sekcji zaznaczasz „Tak”, wypełnij dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej, który znajdziesz na uniqa.pl. Odpowiedź „Tak” powinny zaznaczyć osoby, które zajmują znaczące stanowisko polityczne lub pełnią znaczące funkcje publiczne (zgodnie z art. 2 ustawy z 1.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu). Odpowiedź „Tak” powinni również zaznaczyć członkowie rodziny osoby zajmującej takie stanowisko oraz znani bliscy współpracownicy tych osób (zgodnie z tą samą ustawą).

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne. Tak Nie
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Umowy dodatkowe

W przypadku dokupienia dodatkowej umowy ubezpieczenia na życie do Planu Ochronnego dane uposażonych prosimy wpisać w polu Uwagi i komentarze.

Zawarcie umów dodatkowych / zmiana sumy ubezpieczenia

1.				
Nazwa umowy dodatkowej				Indeks OWUD ⁶
<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	<u> </u> <u> </u> lat	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	
Suma ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia	Składka dla wybranej częstotliwości	Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji	
2.				
Nazwa umowy dodatkowej				Indeks OWUD ⁶
<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	<u> </u> <u> </u> lat	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	
Suma ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia	Składka dla wybranej częstotliwości	Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji	
3.				
Nazwa umowy dodatkowej				Indeks OWUD ⁶
<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	<u> </u> <u> </u> lat	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	
Suma ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia	Składka dla wybranej częstotliwości	Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji	
4.				
Nazwa umowy dodatkowej				Indeks OWUD ⁶
<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	<u> </u> <u> </u> lat	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> zł	
Suma ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia	Składka dla wybranej częstotliwości	Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji	

6. Prosimy wpisać odpowiedni indeks OWUD.

Zmiana sumy ubezpieczenia w umowie dodatkowej na wypadek rozpoznania nowotworu – Pomoc na Raka

Indeks OWUD _____

Okres ubezpieczenia ____ lat

Suma ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego _____ zł

Suma ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia (nie dotyczy wariantu uzupełniającego) _____ zł

Suma ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych _____ zł

Suma ubezpieczenia z tytułu assistance medycznego _____ zł

Składka dla wybranej częstotliwości _____ zł

Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji _____ zł

Wypowiedzenie umów dodatkowych

Niniejszym wypowiadam następujące umowy dodatkowe:

1.

Nazwa umowy dodatkowej _____

2.

Nazwa umowy dodatkowej _____

3.

Nazwa umowy dodatkowej _____

4.

Nazwa umowy dodatkowej _____

Jeżeli przed złożeniem niniejszego wniosku zakres umowy podstawowej został rozszerzony o dodatkowe ubezpieczenie przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy, wymagane jest zaktualizowanie składki z tytułu tej umowy dodatkowej.

Zaktualizowana wysokość składki dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy _____ zł
Składka dla wybranej częstotliwości

Uwagi i komentarze

Oświadczenia ubezpieczonego (sekcja 1)

Informacja o zawodzie

Podaj wykonywany zawód, opisz wykonywane czynności zawodowe / wypełnij dostępny kwestionariusz; jeśli ubezpieczony pracuje na wysokości, podaj na jakiej.

Oświadczenie dotyczące uprawiania sportu

Czy uprawia Pan/Pani wyczynowo sport?

Przez wyczynowe uprawianie sportu rozumie się łączne spełnienie poniższych warunków: (1) udział w regularnych treningach; (2) udział w zawodach lub imprezach sportowych lub obozach kondycyjnych; (3) przynależność do klubów sportowych, związków lub organizacji sportowych.

Tak (wskaż rodzaj uprawianego sportu / wypełnij dostępny kwestionariusz) _____

Nie

Informacja o hobby (wymagane jeżeli wynika to z Tabeli limitów medycznych i finansowych)

Czy uprawia Pan/Pani sport w ramach hobby? Wskaż rodzaj sportu i częstotliwość jego uprawiania / wypełnij dostępny kwestionariusz.

Ankieta medyczna

1. Czy kiedykolwiek Pana/Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odroczony, odrzucony lub przyjęty na warunkach odmiennych od wnioskowanych? NIE TAK
2. Prosimy podać wagę _____ kg, wzrost _____ cm
Czy pali Pan/Pani papierosy lub tytoń? Jeśli tak, prosimy podać, ile sztuk dziennie: _____ szt. NIE TAK
3. Czy obecnie przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim lub w ciągu trzech ostatnich lat przebywał/-a na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 10 kolejno następujących po sobie dni, z wykluczeniem zwolnień lekarskich z powodu grypy lub przeziębienia, lub czy orzeciono u Pana/Pani częściową lub całkowitą niezdolność do pracy z tytułu choroby lub wypadku lub stwierdzono u Pana/Pani ograniczoną zdolność do pracy (niepełnosprawność)? NIE TAK
4. Czy w ciągu ostatnich 10 lat korzystał/-a Pan/Pani z porady lekarskiej lub leczył/-a się na poniższe schorzenia:
- a) zawał serca, choroby układu krążenia, chorobę wieńcową, podwyższone ciśnienie krwi, jakiegokolwiek inne choroby serca, udar mózgu, cukrzycę, choroby układu oddechowego z niewydolnością oddechową lub z dusznością? NIE TAK
- b) nowotwór, czerniak, guz, torbiel, polipy, cysty, zmiany węzłów chłonnych, zmiany skórne, które pojawiły się lub zmieniły w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub charakteryzowały się krwawieniem? NIE TAK
- c) choroby przewodu pokarmowego, choroby wątroby, choroby trzustki, choroby zakaźne: wirusowe zapalenie wątroby (WZW typu B lub typu C), HIV, choroby tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej? NIE TAK
- d) choroby nerek, choroby układu moczowo-płciowego? NIE TAK
- e) stwardnienie rozsiane, choroby neurologiczne, padaczkę, zaburzenia psychiczne, w tym nerwice, uzależnienie od alkoholu lub używanie narkotyków? NIE TAK
- f) toczeń układowy, choroby i urazy stawów, rwę kulszową, dyskopatię kręgosłupa? NIE TAK
- g) wady wzroku powyżej 8 dioptrii, jedno- lub obustronną ślepotę, jaskrę, zaćmę lub wady słuchu? NIE TAK
5. Czy oczekuje Pan/Pani na leczenie lub operację, lub na wyniki wykonywanych badań, lub jest Pan/Pani w trakcie diagnostyki lub leczenia? NIE TAK
6. Czy w Pana/Pani rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) zostały zdiagnozowane przed 60. rokiem życia takie choroby jak: nowotwór, zawał serca, udar mózgu, cukrzyca, wady wrodzone lub choroby dziedziczne? NIE TAK
7. Adres przychodni, w której obecnie zarejestrowany jest ubezpieczony, a także był poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku.

W przypadku udzielenia odpowiedzi „Tak” w pytaniu 4 lub 5 powyższej ankiety medycznej ubezpieczonego, prosimy przedstawić posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowanego schorzenia.

Oświadczenie ubezpieczającego dotyczące umowy ubezpieczenia (sekcja 2)

Oświadczam, że doręczono mi Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych o indeksach wskazanych w niniejszym wniosku, na podstawie których zawarta zostanie zgodnie z niniejszym wnioskiem umowa dodatkowa.

Oświadczenie ubezpieczonego (sekcja 3)

W przypadku gdy ubezpieczony nie jest ubezpieczającym.

Oświadczam, że:

- przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową doręczono mi Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych o indeksach wskazanych w niniejszym wniosku, na podstawie których zawarta zostanie zgodnie z niniejszym wnioskiem umowa dodatkowa;
 - wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie ww. dokumentów, w tym na wysokość sum ubezpieczenia.
- Niniejszym upoważniam ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia, która zostanie zawarta na podstawie niniejszego wniosku, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia i sum ubezpieczenia.

Oświadczenia dodatkowe ubezpieczającego i ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na trwałą nośnik i komunikację elektroniczną (sekcja 4)

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy dodatkowej, jak i po jej zawarciu, na trwałym nośniku⁷ oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie e-mail.

Klauzula marketingowa ubezpieczającego (kod: ZM2023W01) (sekcja 5)

Zgadzam się, aby wszystkie poniższe spółki UNIQA przekazywały mi informacje handlowe lub marketingowe za pośrednictwem wszystkich poniższych kanałów kontaktu.

Jeśli chcesz udzielić zgody tylko wybranym spółkom i na wybrane kanały kontaktu, zaznacz je poniżej.

Zgadzam się, aby:

przekazywały mi informacje handlowe lub marketingowe:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. | <input type="checkbox"/> za pośrednictwem e-mail lub SMS |
| <input type="checkbox"/> UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. | <input type="checkbox"/> telefonicznie, w tym z użyciem automatycznych systemów wywołujących |
| <input type="checkbox"/> UNIQA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. | (te systemy będą kontaktować się z Tobą bez bezpośredniego udziału człowieka). |
| <input type="checkbox"/> UNIQA Polska S.A. (dystrybucja ubezpieczeń majątkowych i na życie, produktów inwestycyjnych i emerytalnych) | |

Zgód udzielasz dobrowolnie i w każdej chwili możesz je wycofać.

7. Trwały nośnik to materiał lub narzędzie umożliwiające użytkownikowi przechowywanie informacji w sposób zapewniający: (a) dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji, oraz (b) odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. Trwałym nośnikiem jest np. plik PDF wysłany na adres e-mail lub przekazany na płycie CD lub na pendrive.

Deklaracja zgody ubezpieczonego na przetwarzanie danych o stanie zdrowia oraz nałogach (sekcja 6)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 (Towarzystwo) moich danych osobowych o stanie zdrowia oraz nałogach, wskazanych w niniejszym

dokumentacie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu, w celu wykonania umowy ubezpieczenia oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Upoważnienie ubezpieczonego dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów (sekcja 7)

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacji lub dokumentacji medycznej o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i 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 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 udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:



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

Oświadczenie o przekazaniu informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych (sekcja 8)

Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.



Poniższym podpisem potwierdzam zgodność wszystkich informacji ze stanem faktycznym i złożenie wszystkich powyższych oświadczeń, które mnie dotyczą.


Data 
Czytelny podpis ubezpieczającego
Ubezpieczający składa oświadczenie
w sekcjach nr 2, 4, 5 i 8


Data 
Czytelny podpis ubezpieczonego/
przedstawiciela ustawowego
Jeżeli ubezpieczony nie ma pełnej zdolności
do czynności prawnych, wymagany jest
podpis przedstawiciela ustawowego.
Ubezpieczony składa oświadczenia
w sekcjach nr 1, 3, 4, 6, 7 i 8

Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własność podpisów złożonych w niniejszym wniosku ubezpieczeniowym oraz oświadczam, że dokonałem/-am weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.


Data 
Czytelny podpis pośrednika ubezpieczeniowego

Przetwarzanie danych osobowych

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

Jeśli wyrażasz zgodę na przesyłanie informacji handlowych lub marketingowych przez inne spółki z grupy UNIQA, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. lub UNIQA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., lub UNIQA Polska S.A. to administratorem Twoich danych w celach marketingowych, badania satysfakcji oraz statystycznych i analitycznych, w tym profilowania, jest również odpowiedzialna spółka z grupy UNIQA, na rzecz której została udzielona zgoda. Dane kontaktowe oraz pozostałe informacje są takie same dla wszystkich spółek.

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 lub podjęcia działań przed zawarciem z Tobą umowy, w tym oceny ryzyka ubezpieczeniowego – przetwarzanie da-

nych jest niezbędne do zawarcia i wykonania umowy lub do podjęcia działań na Twoje żądanie, przed zawarciem 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 umową ubezpieczenia lub działań podjętych przed jej zawarciem;

– 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;

– przedstawiania Ci naszych produktów i usług za pośrednictwem marketingu bezpośredniego – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli prowadzenia marketingu bezpośredniego naszych usług i produktów;

– dostosowania treści marketingowych do Twoich preferencji i zainteresowań na podstawie szczególnych kategorii danych osobowych (np. o stanie zdrowia) – przetwarzanie jest realizowane na podstawie wyrażonej zgody;

- 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;
- reasekuracji ryzyka – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą z Tobą umową.

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, lub wycofasz zgodę na przetwarzanie danych.

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 między innymi następującym podmiotom przetwarzającym te dane na zlecenie UNIQA: podmiotom, które na nasze zlecenie przetwarzają dane osobowe, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom windykującym należności, agencjom marketingowym, podmiotom świadczącym usługi assistance, 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 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; wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest Twoja zgoda. Wycofanie zgody nie wpływa jednak na przetwarzanie danych, jakie odbyło się przed wycofaniem Twojej zgody. Masz również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Na czym polega zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie

Twoje dane będziemy przetwarzać w sposób zautomatyzowany, czyli bez udziału człowieka, w tym również będziemy je profilować. Robimy to po to, aby móc przedstawić Ci ofertę ubezpieczenia. Dane osobowe dotyczące np. Twojego zdrowia, będziemy wykorzystywać do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia składki. Przebyte wcześniej choroby mogą mieć wpływ na wyższe ryzyko ubezpieczeniowe i tym samym Twoja składka ubezpieczeniowa może być wyższa. Przykład: jeśli w poprzednich latach przechodziłeś kilka chorób, to może oznaczać, że automatycznie wyliczymy Ci wyższą składkę ubezpieczeniową. 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 zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych lub badania satysfakcji jest dobrowolne. W przypadku danych osobowych niezyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych jest np. ubezpieczający. Mogą to być w szczególności: imię i nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, e-mail, telefon. 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.