



**Zgłaszane roszczenie dotyczy\*:**

- śmierci  
 śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku  
 Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku  
 Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (nie krótszego niż 30 dni)

Numer deklaracji \_\_\_\_\_

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

## Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia DD MM RRRR \_\_\_\_\_ Obywatelstwo  polskie \_\_\_\_\_  
Seria i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_  
Numer telefonu \_\_\_\_\_ Adres e-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami) \_\_\_\_\_

## Adres zamieszkania

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

## Adres korespondencyjny

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

## Dane dotyczące zgonu/wypadku

DD MM RRRR \_\_\_\_\_ Okoliczności i miejsce zgonu/wypadku (wyczerpująco): \_\_\_\_\_  
Data zgonu/wypadku \_\_\_\_\_

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

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: \_\_\_\_\_

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:

\* Zaznacz właściwe pole.

## Dane dotyczące Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

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

Data wydania pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego o czasowej lub Trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji wyniku Nieszczęśliwego wypadku:

DDMMRRRR

## Dane dotyczące Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Data pobytu w szpitalu od DDMMRRRR do DDMMRRRR

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

Czy zostało zakończone leczenie?  Tak  Nie

Przyczyna pobytu w szpitalu:

choroba  wypadek (wymagane wypełnienie pól powyżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

## Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

+48 \_\_\_\_\_ +48 \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

\_\_\_\_\_  
E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

### 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

Adres właściciela rachunku bankowego:

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

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do odpowiedniego Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio pracownika 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

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.)
- jeżeli zdarzenie jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku – 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 był zarejestrowany i leczony w związku z zaistnia-

łym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia, a w przypadku braku jej posiadania, adresy tych placówek

- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych
- kopię Pierwotnego harmonogramu spłaty

ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.)

\* Zaznacz właściwe pole.

- 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 dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych
- kopię Pierwotnego harmonogramu spłaty
- TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej 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 Ubezpieczonego
  - kopię Pierwotnego harmonogramu spłaty
  - POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
- Do zgłoszenia należy dołączyć:
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
  - opis okoliczności zdarzenia
  - 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 dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
  - kopię Pierwotnego harmonogramu spłaty

### Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie

1. Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail.
  - Tak  Nie

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na\*:
  - otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
  - otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

### Oświadczenia Ubezpieczonego

1. Ja niżej podpisany/-a zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Szczególnych warunków ubezpieczenia dla Klientów Euro Providus i wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA TUNŻ S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej „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 oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

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 uprawionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.\*\*

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

- Tak  Nie

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez 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.

Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

- Tak  Nie

3. Wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez pracodawcę dokumentacji i informacji dotyczących mojego zatrudnienia, w celu realizacji Umowy ubezpieczenia w zakresie ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem, jeżeli informacje te mają wpływ na ustalenie zasadności i wysokości świadczenia.

- Tak  Nie

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo, z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, do celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych.

- Tak  Nie

5. Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy/-a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia mojego roszczenia, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych i prawo ich poprawiania.

- Tak  Nie

6. Oświadczam, że przekazano mi dokument Przetwarzanie danych osobowych.

- Tak  Nie

### Oświadczenie Uprawionego

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne\*\*\* (w razie wątpliwości lub odpowiedzi twierdzącej na pytanie, wymagane jest dołączenie do wniosku Formularza AML i rezydencji podatkowej)

- Tak  Nie

\* Zaznacz właściwe pole.

\*\* Nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci.

\*\*\* Klient składa oświadczenie zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Za takie osoby uznaje się w szczególności: (1) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (2) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (3) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków).

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

DDMMRRRR

Data Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

DDMMRRRR

Data Miejscowość

Czytelny podpis Uprawnionego/Uposażonego (jeżeli inny niż Ubezpieczony)

DDMMRRRR

Data Miejscowość

Czytelny podpis Zgłaszającego roszczenie (jeżeli 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: Roszczenia Bancassurance

## 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

### 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 udostępniać 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.