

A. INFORMACJE OGÓLNE**Dane Ubezpieczonego**

Nazwisko _____ Imię, imiona _____

DDMMRRRR _____ PESEL _____ Państwo urodzenia _____ Płeć kobieta mężczyzna

Data urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

DDMMRRRR _____ dowód osobisty paszport karta pobytu _____ stacjonarny komórkowy _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Data ważności dokumentu _____ Telefon _____ Godziny kontaktu _____

E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami) _____

Adres zamieszkania

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

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

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

B. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA**Dane osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia (jeśli inne niż dane Ubezpieczonego wskazane w części A wniosku)**

Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w związku z nieszczęśliwym wypadkiem¹: Ubezpieczony współmałżonek/partner dziecko

Nazwisko _____ Imię, imiona _____

DDMMRRRR _____ PESEL _____ Państwo urodzenia _____ Płeć kobieta mężczyzna

Data urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

DDMMRRRR _____ dowód osobisty paszport karta pobytu _____ stacjonarny komórkowy _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Data ważności dokumentu _____ Telefon _____ Godziny kontaktu _____

E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami) _____

Adres zamieszkania

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

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

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

Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

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

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne².

Uprawniony: Tak Nie

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

Godzina wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

Okoliczności i przyczyna nieszczęśliwego wypadku

Miejsce wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

 /
Numer domu/lokalu

Czy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w chwili wypadku znajdowała się pod wpływem alkoholu?¹ Tak Nie

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego/-ych postępowanie – jeśli jest prowadzone

D. OBRAŻENIA CIAŁA

Obrażenia ciała odniesione w wyniku nieszczęśliwego wypadku

E. INFORMACJE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU³

Data pobytu w szpitalu

od do

Nazwa i adres szpitala

F. WNIOSKOWANE ŚWIADCZENIA

konsultacja lekarska rehabilitacja badania pomoc opiekuńcza

G. INFORMACJE DODATKOWE

Do zgłoszonego wniosku załączam:

- dotychczas zgromadzoną dokumentację medyczną, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem wypadku, wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań
- skierowanie/zlecenie lekarza prowadzącego dotyczące przeprowadzenia konsultacji, badań lub realizacji świadczeń dodatkowych
- kartę informacyjną leczenia szpitalnego³
- inne _____

Wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii na adres: Inter Partner Assistance Polska S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa lub w postaci skanu na adres e-mail: mediplan_zdrowie@axa-assistance.pl.

H. OŚWIADCZENIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

- Oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji może skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności karnej i może powodować odmowę realizacji świadczenia.
- Upoważniam Towarzystwo oraz Partnera Medycznego do zasięgnięcia wszelkich informacji, w tym dokumentacji medycznej dotyczących mojego stanu zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem/-am się lub zasięgałem/-am porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu oraz Partnerowi Medycznemu przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji, w tym dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia, o które będą zapytywały w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia na życie. Upoważniam Towarzystwo oraz Partnera Medycznego do zasięgnięcia informacji w sądzie, prokuraturze, policji oraz innych organach i instytucjach, w szczególności w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo oraz Partnera Medycznego uzyskanych w ten sposób moich danych osobowych.
- 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 wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, w celu wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.
 Tak Nie
- Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia udostępniono mi informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
 Tak Nie

Data

Miejscowość

Podpis osoby uprawnionej do otrzymania świadczeń

I. WYPEŁNIA PRACOWNIK PARTNERA MEDYCZNEGO

Dane osoby przyjmującej zgłoszenie

Nazwisko

Imię

Data przyjęcia zgłoszenia

Godzina przyjęcia zgłoszenia

J. WYPEŁNIA POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY UNIQA

Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręcznie podpisy złożonych w niniejszym wniosku ubezpieczeniowym oraz oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

Imię i nazwisko

Numer wewnętrzny/RAU

Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

- Prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola.
- 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).
- Prosimy wypełnić w przypadku, gdy wypadek spowodował konieczność leczenia szpitalnego.

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.