



**Uwaga: W listopadzie 2018 r. Santander Bank Polska S.A. wstąpił w prawa i obowiązki z umów ubezpieczenia zawartych lub wykonywanych przez Deutsche Bank Polska S.A.**

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

### Dane Ubezpieczającego

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Nazwisko  | Imię                               |
| PESEL   | Data urodzenia                     |
|   | Seria i numer dokumentu tożsamości |
| +48 Telefon komórkowy                                       | +48 Telefon stacjonarny            |
| Adres e-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami) |                                    |

### Adres zamieszkania

|       |                   |             |              |      |
|-------|-------------------|-------------|--------------|------|
| Ulica | Numer domu/lokalu | Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj |
|-------|-------------------|-------------|--------------|------|

### Dane osoby, której dotyczy roszczenie (prosimy zaznaczyć właściwe)

Kredytobiorca  Współkredytobiorca

|          |                     |
|----------|---------------------|
| Nazwisko | Imię                |
| PESEL    | Numer umowy kredytu |

Niewskazanie danych spowoduje wydłużenie terminu realizacji świadczenia.

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

Nazwa i adres placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się Ubezpieczony:

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

### Dane zgłaszającego roszczenie (osoba powiadamiająca o zdarzeniu)

|                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| Nazwisko              | Imię                    |
| +48 Telefon komórkowy | +48 Telefon stacjonarny |

E-mail

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

|                |       |                                    |   |                                   |                                       |
|----------------|-------|------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Data urodzenia | PESEL | Seria i numer dokumentu tożsamości | <input type="checkbox"/> dowód osobisty | <input type="checkbox"/> paszport | <input type="checkbox"/> karta pobytu |
|----------------|-------|------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|

Obywatelstwo  polskie  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia

### Adres zameldowania

|       |                   |             |              |      |
|-------|-------------------|-------------|--------------|------|
| Ulica | Numer domu/lokalu | Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj |
|-------|-------------------|-------------|--------------|------|

4830421U

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl  
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859  
Kapitał zakładowy: 496 772 608 zł – wpłacony w całości  
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl  
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 271543, NIP 107-00-06-155  
Kapitał zakładowy: 141 730 747 zł – wpłacony w całości

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Dokumenty powinny zostać przedstawione w oryginale lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, pracownika urzędu stanu cywilnego (w zakresie jego kompetencji), pracownika Towarzystwa, pracownika urzędu pracy bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem z jakiego tytułu zgłaszane jest roszczenie i załączane do wniosku kopie dokumentów.

 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

Do wniosku należy dołączyć:

- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.)
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, protokołu policyjnego, notatki urzędowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeśli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia

 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do wniosku należy dołączyć:

- kopię orzeczenia lekarza orzecznika stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy
- kopię dokumentacji medycznej leczenia Ubezpieczonego, będącej w posiadaniu zgłaszającego roszczenie, obejmującej okres 2 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, protokołu policyjnego, notatki urzędowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeśli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia

 UTRATA PRACY

Do wniosku należy dołączyć:

- zaświadczenie lub kopię decyzji z urzędu pracy informującej o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku
- kopię świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy
- kopię ostatniej umowy o pracę lub zaświadczenie pracodawcy o nawiązaniu stosunku pracy wraz z oznaczeniem terminu, na jaki został zawarty
- kopię decyzji o wykreśleniu działalności z ewidencji działalności gospodarczej – w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą

- w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa, przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, w którym przypada płatność raty
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia

 POWAŻNE ZACHOROWANIE

Do wniosku należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie poważnego zachorowania
- kopię dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego, będącej w posiadaniu zgłaszającego roszczenie, obejmującej okres 2 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową
- kopię protokołu policyjnego lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania poważnego zachorowania Ubezpieczonego policja lub prokuratura prowadziły postępowanie
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia

 CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do wniosku należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej leczenia Ubezpieczonego, będącej w posiadaniu zgłaszającego roszczenie, obejmującej okres 2 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, protokołu policyjnego, notatki urzędowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeśli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- kopie zwolnień lekarskich potwierdzających czasową niezdolność do pracy
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia

 POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do wniosku należy dołączyć:

- kopię dokumentacji potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, karty wyjazdowej pogotowia ratunkowego (o ile było wzywane)
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, protokołu policyjnego, notatki urzędowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeśli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia

## Oświadczenia

## Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na<sup>1</sup>:

- 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 Głównego / Współubezpieczonego

2. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: Towarzystwa) 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.

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 Towarzystwom<sup>2</sup>.

Upoważniam Towarzystwa do zasięgania informacji w:

– Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystw;

– 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.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwom 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 Towarzystw oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia<sup>2</sup>.

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

Tak  Nie

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwa moich danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwom, dla celów związanych z obsługą zgłaszanego roszczenia.

Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Tak  Nie

### Oświadczenie Uprawnionego

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne<sup>3</sup>.  Tak  Nie

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

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

  D  D  M  M  R  R  R  R  

Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego Głównego / Współubezpieczonego<sup>4</sup>

  D  D  M  M  R  R  R  R  

Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Uprawnionego/Uposażonego  
(jeżeli inny niż Ubezpieczony Główny lub Współubezpieczony)

  D  D  M  M  R  R  R  R  

Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Zgłaszającego roszczenie  
(jeżeli inny niż Ubezpieczony Główny / Współubezpieczony lub Uprawniony/Uposażony)<sup>4</sup>

Prosimy przelać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

#### W przypadku roszczenia z tytułu utraty pracy

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

Prosimy umieścić na kopercie dopisek:

**Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie**

#### W przypadku pozostałych roszczeń

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

Prosimy umieścić na kopercie dopisek:

**Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie**

### Adnotacja Banku

**Stwierdzono zgodność danych z okazanymi dokumentami tożsamości oraz potwierdzono własnoręczność złożonego podpisu.**

  D  D  M  M  R  R  R  R  

Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Numer placówki

\_\_\_\_\_  
Numer CIF

\_\_\_\_\_  
Pieczętka imienna i podpis osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne w imieniu Agentu

1. Zaznacz właściwe.

2. Nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci.

3. Klient składa oświadczenie 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).

4. Skreślić niewłaściwe.

### Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych jesteśmy my, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, w zależności od wybranego przez Ciebie pakietu, z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.

### Warto wiedzieć

My – administrator danych, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. lub 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

- wykonania umowy ubezpieczenia – przetwarzanie danych jest niezbędne do jej wykonania;
- 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 lub w sprawie dotyczącej likwidacji szkody;
- obsługi roszczeń lub i likwidacji zgłoszonych szkód – przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- wypełnienia obowiązków prawnych – przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na danym administratorze wynikających w szczególności z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, 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. Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu lub 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 likwidacji szkód lub 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 szkodzie lub 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 przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody lub obsługi roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest brak możliwości przeprowadzenia procesu likwidacji lub podjęcia decyzji dotyczącej roszczenia. W przypadku danych osobowych nieuzyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych może być np. inny uczestnik zdarzenia lub ubezpieczający. W przypadku szkód z udziałem pojazdów źródłem pozyskania danych może być również Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, z którego możemy pozyskać historię szkodowości. Wśród pozyskanych danych mogą być w szczególności: imię i nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, e-mail, telefon oraz inne dane niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacyjnego lub obsługi roszczenia. Źródłem pozyskania informacji o Twoim zatrudnieniu może być Twój pracodawca, jeżeli wyraziłeś na to zgodę lub Urząd Pracy. 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.