



Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia dla Kredytobiorców Kredytów Hipotecznych w Deutsche Bank Polska S.A.

Wniosek

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

Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- śmierci
- śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- trwałej i całkowitej niezdolności do pracy
- trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji
- utraty pracy
- czasowej niezdolności do pracy
- pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (nie krótszego niż 30 dni)
- pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (nie krótszego niż 3 dni)

Dane wniosku/polisy

Numer wniosku/polisy _____
Wystawiona dnia

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko _____ Imię _____
PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Data urodzenia

Adres zamieszkania

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

Adres korespondencyjny

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

Dane dotyczące zgonu/wypadku

Data zgonu/wypadku Okoliczności i miejsce zgonu/wypadku (wyczerpująco): _____

- 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 której/-ym leczył się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

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

Dane dotyczące trwałej i całkowitej niezdolności do pracy / trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji

Nazwa i adres placówki medycznej/szpitala, w której/-ym 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:

DDMMRRRR

Dane dotyczące utraty pracy

Przyczyna utraty pracy (prosimy zaznaczyć):

- wygaśnięcie stosunku pracy wypowiedzenie umowy z winy Ubezpieczonego porozumienie stron
 wypowiedzenie umowy przez Ubezpieczonego wypowiedzenie umowy przez pracodawcę inna: _____

Dane dotyczące czasowej niezdolności do pracy / pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Data zwolnienia lekarskiego / pobytu w szpitalu od DDMMRRRR do DDMMRRRR

Nazwa i adres placówki medycznej/szpitala, w której/-ym leczył się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Czy leczenie zostało zakończone? Tak Nie

Przyczyna czasowej niezdolności do pracy / pobytu w szpitalu: choroba wypadek (wymagane wypełnienie pól powyżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

Dane zgłaszającego roszczenie

Nazwisko _____ Imię _____

+48 _____ +48 _____
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

Adres e-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

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

DDMMRRRR _____ PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości dowód osobisty paszport karta pobytu

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

Adres korespondencyjny

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

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

_____ Właściciel rachunku bankowego

_____ Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

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

Przekaz pocztowy

Adres:

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

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do odpowiedniego Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiedniego 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/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.)
- 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 zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 3 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 Uposażonych
- kopię harmonogramu spłaty: Pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu oraz harmonogramu z dnia zdarzenia (jeśli harmonogram był zmieniany)

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY / TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy lub trwałą i całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 3 lat przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia
- jeśli 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 dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych
- kopię harmonogramu spłaty: Pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu oraz harmonogramu z dnia zdarzenia (jeśli harmonogram był zmieniany)

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 3 lat przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia
- 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 zwolnień lekarskich potwierdzających czasową niezdolność do pracy
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- kopię harmonogramu spłaty: Pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu oraz harmonogramu z dnia zdarzenia (jeśli harmonogram był zmieniany)

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 harmonogramu spłaty: Pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu oraz harmonogramu z dnia zdarzenia (jeśli harmonogram był zmieniany)

UTRATA PRACY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- zaświadczenie z urzędu pracy informujące o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku
- kopię świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy
- kopię umów o pracę dokumentujących 12-miesięczny okres zatrudnienia poprzedzający Dzień wystąpienia zdarzenia
- w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, za który zgłaszane jest roszczenie
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- kopię harmonogramu spłaty: Pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu oraz harmonogramu z dnia zdarzenia (jeśli harmonogram był zmieniany)

Oświadczenia

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie

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

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibami w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (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.**

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.

Upoważniam Towarzystwa do zasięgnięcia 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 niezbędnym 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 przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

- Tak Nie

Wyrażam zgodę na udostępnienie UNIQA Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz UNIQA Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. 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

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***. 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 wszystkie powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Data

Miejscowość

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

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Zgłaszającego roszczenie
(jeżeli inny niż Ubezpieczony Główny/Współubezpieczony lub Uprawniony/Uposażony)*

Informacje uzupełniane przez pracownika Deutsche Bank Polska S.A.

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

Data

Miejscowość

Numer placówki

Numer CIF

Pieczętka imienna i podpis osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne w imieniu Agent'a

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

* Zaznaczyć właściwe.

** Nie dotyczy roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

*** 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).

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.