



Wniosek o wypłatę świadczenia
do Ogólnych warunków ubezpieczenia
„Ochrona życia i zdrowia”

Wniosek

Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- śmierci
- śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy
- Inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

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

Dane Wnioskopolisy

Numer wnioskopólisy

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Data podpisania

Dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Data urodzenia

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Seria i numer dokumentu tożsamości

Obywatelstwo

polskie inne (jakie) _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Telefon

E-mail

Adres zamieszkania

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

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

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

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 lub narkotyków?*
- Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*
- Czy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy zgonu)?*
- Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?*
- 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: _____

Data wydania pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego o Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji:

DDMMRRRR

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeśli inny niż Ubezpieczony

Nazwisko _____

Imię _____

+48 _____
Telefon komórkowy

+48 _____
Telefon stacjonarny

E-mail _____

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Ulica _____

_____/_____
Numer domu/lokalu

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Ulica _____

_____/_____
Numer domu/lokalu

Forma wypłaty świadczenia*

- Przelew bankowy

Imię i nazwisko właściciela 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

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio notariusza, pracownika USC (w zakresie jego kompetencji), Agenta lub 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.), jeśli miało miejsce
- 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 2 lat przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia zgłoszenia roszczenia, a w przypadku braku jej posiadania, adresy tych placówek
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawionych

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.), jeśli miało miejsce
- 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

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
 - kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy
 - kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną 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 z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania)
 - kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- ### INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
- Do zgłoszenia należy dołączyć:
- opis okoliczności zdarzenia
 - kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital), jeśli miało miejsce
 - kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania)
 - kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
 - kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

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

Ja, niżej podpisany/-a, zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Ochrona życia

i zdrowia” i wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA TUnŻ S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo) do podmiotów wykonujących dzia-

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

łałość 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 Towarzystwu.**

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwiskach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarze-

nieniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.**

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa;
- 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.**

Tak Nie

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

Oświadczenie Uprawnionego

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne*** Tak Nie

(w razie wątpliwości lub odpowiedzi twierdzącej na pytanie, wymagane jest dołączenie do wniosku Formularza AML i rezulencji podatkowej)

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

D D M M R R R R R R

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

D D M M R R R R R R

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Uprawnionego/Uposażonego
(jeżeli inny niż Ubezpieczony)

D D M M R R R R R R

Data

Miejscowość

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

Prosimy przesać 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

** 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).

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 wy-

nikający 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

Przystępując 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.