



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

## Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- Śmierci
- Poważnego zachorowania
- Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji
- Pobytu w szpitalu lub Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- Czasowej niezdolności do pracy

Numer wnioskopolis

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
Data urodzenia DDMMRRRR PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_  
Numer telefonu \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

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

### Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania)

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

### Dane dotyczące zgonu/wypadku

Data zgonu/wypadku<sup>1</sup> DDMMRRRR Okoliczności i miejsce zgonu/wypadku<sup>1</sup> (wyczerpująco): \_\_\_\_\_

- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?<sup>2</sup>  Tak  Nie
- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?<sup>2</sup>  Tak  Nie
- Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?<sup>2</sup>  Tak  Nie
- Czy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy zgonu)?<sup>2</sup>  Tak  Nie
- Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem<sup>1</sup> toczy się postępowanie sądowe lub postępowanie przygotowawcze (prokuratura, policja)?<sup>2</sup>  Tak  Nie

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

Adres sądu, 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:

### Dane dotyczące Poważnego zachorowania

DDMMRRRR  
Data zdiagnozowania Poważnego zachorowania

Opis Poważnego zachorowania:

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

### Dane dotyczące Całkowitej niezdolności do pracy lub Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji

DDMMRRRR  
Data wydania pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego o czasowej lub całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji

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

### Dane dotyczące Pobytu w szpitalu lub Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Data pobytu w szpitalu

od DDMMRRRR

do DDMMRRRR

Przyczyna pobytu w szpitalu:

Choroba

Wypadek (wymagane wypełnienie pól powyżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

Czy zostało zakończone leczenie?<sup>1</sup>

Tak

Nie

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

### Dane dotyczące Czasowej niezdolności do pracy

Data wystawienia pierwszego zwolnienia lekarskiego mająca związek z Czasową niezdolnością do pracy DDMMRRRR

Data czasowej niezdolności do pracy

od DDMMRRRR

do DDMMRRRR

Przyczyna Czasowej niezdolności do pracy:

Choroba

Wypadek

Opis Czasowej niezdolności do pracy:

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

### Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie (jeśli inny niż Ubezpieczony)

Nazwisko

Imię

+48                       
Telefon komórkowy

+48                       
Telefon stacjonarny

                      
E-mail

### Adres zamieszkania

Ulica

       /         
Numer domu/lokalu

                      
Miejscowość

       -         
Kod pocztowy

                      
Kraj

### Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

       /         
Numer domu/lokalu

                      
Miejscowość

       -         
Kod pocztowy

                      
Kraj

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

DDMMRRRR  
Data urodzenia

                      
PESEL

                      
Seria i numer dokumentu tożsamości

dowód osobisty  
 paszport  
 inny (podać jaki)

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

                      
Państwo urodzenia

## Forma wypłaty świadczenia<sup>2</sup>

### 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

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

*Prosimy przekazać do odpowiedniego Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez odpowiedniego pracownika Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, 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, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 24 miesięcy 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 Uprawionych

### POWAŻNE ZACHOROWANIE

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 24 miesięcy przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia, a w przypadku braku jej posiadania – adresy tych placówek

### CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY LUB CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego Całkowitą niezdolność do pracy lub Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
- 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, 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

### POBYT W SZPITALU LUB 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)
- historię Pobytu w szpitalu wraz z kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

### CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

*Do zgłoszenia należy dołączyć:*

- kserokopię zwolnienia lub zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, poświadczoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę, Towarzystwo lub notariusza
- 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 dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala, 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 przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia, a w przypadku braku jej posiadania – adresy tych placówek
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

## Oświadczenie Ubezpieczonego

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia podanych w niniejszym wniosku i innych przekazanych przeze mnie dokumentach przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: UNIQA TUnŻ S.A.) z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, do celów związanych z wykonaniem Umowy ubezpieczenia (obsługa zgłoszonego roszczenia). Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że UNIQA TUnŻ S.A. jest administratorem moich danych osobowych.

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 danych osobowych udostępniono mi Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Tak  Nie

2. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA TUnŻ S.A. (dalej: Towarzystwo) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informację lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z 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;
- 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) przyczynę mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

3. Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu 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 Towarzystwa

oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Powyższa zgoda pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

4. Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa;
- 2) 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 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 niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe upoważnienie pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczonego

### Oświadczenia Uprawnionego/Uposażonego do odbioru świadczenia

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

*W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli oświadczenie zostało zaznaczone na „Tak”, Uprawniony/Uposażony wypełnia dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej zgodnie z instrukcją zamieszczoną na formularzu.*

### Oświadczenia zgłaszającego roszczenie (jeśli inny niż Ubezpieczony)

Oświadczam, że udostępniono mi Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.  Tak  Nie

### Oświadczenia Ubezpieczonego / osoby zgłaszającej roszczenie

1. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na (zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku):

- 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.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość   
Data Czytelny podpis Ubezpieczonego / osoby zgłaszającej roszczenie

### Dane przyjmującego wniosek

\_\_\_\_\_  
Nazwisko Imię

\_\_\_\_\_  
Miejscowość   
Data Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

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: **Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie**

1. Skreślić niewłaściwe.

2. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

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).

### 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

Wyznaczyliśmy 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 zgłoszisz 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.