



Wniosek o wypłatę świadczenia  
w ramach grupowego ubezpieczenia na życie Korzystających  
PKO Leasing S.A. „LIFE” oraz Drugiej Opinii Lekarskiej  
– Umowa generalna nr UB/01/2009/SWBA

# Wniosek

## Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> śmierci z dowolnej przyczyny                                    | <input type="checkbox"/> pobytu w szpitalu                                  |
| <input type="checkbox"/> śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku                   | <input type="checkbox"/> pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> czasowej niezdolności do pracy                                  | <input type="checkbox"/> poważnego zachorowania                             |
| <input type="checkbox"/> czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku |   |

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

### Ubezpieczony

Numer umowy leasingowej

Liczba Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach umowy leasingu wymienionej powyżej

Imiona i nazwisko

PESEL

Telefon

Adres e-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

### Dane dotyczące śmierci / śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Data zgonu/wypadku

Okoliczności i miejsce zgonu (wyczerpująco)

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?

Tak  Nie

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?

Tak  Nie

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?

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 placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym

Nazwa i adres innych placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym

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

Data zwolnienia lekarskiego / pobytu w szpitalu od         do

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 dotyczące poważnego zachorowania

DDMMRRRR

Data zdiagnozowania poważnego zachorowania

Opis poważnego zachorowania

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

## Osoba powiadamiająca o zdarzeniu ubezpieczeniowym

Imiona i nazwisko

Telefon

Adres e-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

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

PESEL

DDMMRRRR

Data urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

dowód osobisty  
 paszport  
 inny (podać jaki)

Obywatelstwo

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

Państwo urodzenia

## Adres zamieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

Kraj

## Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

Kraj

## Odbiór świadczenia

### W przypadku osób fizycznych

Uposażony/Uprawniony<sup>1</sup> do odbioru świadczenia (imię i nazwisko)

Telefon

PESEL lub data urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

dowód osobisty  
 paszport  
 inny (podać jaki)

Stopień pokrewieństwa

Udział procentowy

Adres korespondencyjny

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

Kraj

### W przypadku osób prawnych

Uposażony/Uprawniony<sup>1</sup> do odbioru świadczenia (nazwa, REGON)

Telefon

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, w przypadku osób prawnych, Towarzystwo jest zobowiązane zidentyfikować beneficjenta rzeczywistego. W związku z powyższym konieczne jest wypełnienie odpowiednich danych dotyczących beneficjenta rzeczywistego, zawartych w formularzu AML i rezydencji podatkowej, stanowiącym załącznik do wniosku o wypłatę roszczenia.

## Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

Kraj

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

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Podpis zgłaszającego roszczenie

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, 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

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentację potwierdzającą 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 jednego roku przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego)

### 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 dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.)
- 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 Uprawnionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego)
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres jednego roku przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia

### CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY / CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię umowy o pracę, potwierdzającą zatrudnienie na czas określony, zanonimizowaną w zakresie wynagrodzenia przysługującego Ubezpieczonemu, lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, potwierdzający prowadzenie działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres trzech 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

### POBYT W SZPITALU / 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
- 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 dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

### POWAŻNE ZACHOROWANIE

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji potwierdzającej wystąpienie poważnego zachorowania
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

## Oświadczenia

### Oświadczenia Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (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.

Zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy mnie leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.

Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Tak  Nie

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych udostępniono mi Informację o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak  Nie

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo 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 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 (nie dotyczy roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego).

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

Tak  Nie

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia (nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci).

Powyższa zgoda pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia 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 którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego 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.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych o stanie zdrowia.

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

Tak  Nie

## Oświadczenia osoby Uprawnionej/Uposażonej do odbioru świadczenia

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne<sup>2</sup>.

Tak  Nie

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

## Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na<sup>3</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.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Uprawnionego/Uposażonego (jeśli jest inny niż Ubezpieczony)

Data

Miejscowość

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie (jeśli jest inny niż Ubezpieczony lub Uprawniony/Uposażony)

Dodatkowo do wniosku o wypłatę świadczenia załączane są oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem następujących dokumentów:

- 1) deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia
- 2) pierwotnego harmonogramu opłat leasingowych

Dokumenty należy wysłać 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**

## Wypełnia Ubezpieczający

Wysokość sumy ubezpieczenia zgodnie z umową ubezpieczenia obliczanej na dzień śmierci Ubezpieczonego \_\_\_\_\_ zł

Numer rachunku bankowego, na który UNIQA przekaże środki niezbędne do wypłaty świadczenia

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
Pieczęćka imienna i podpis

Data

1. Skreślić niewłaściwe

2. Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ustawy z dnia 1 marca 2018r. 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). Pełną definicję znajdziesz także w dokumencie „Definicja PEP” na uniaq.pl.

3. Należy wybrać odpowiednie pole.

### 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.