



## Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- |                                                                                      |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku                    | <input type="checkbox"/> Utraty pracy                                    |
| <input type="checkbox"/> Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek | <input type="checkbox"/> Czasowej niezdolności do pracy                  |
| <input type="checkbox"/> Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku          | <input type="checkbox"/> Złamania kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku |

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie (drukowanymi literami).

### Dane Ubezpieczonego

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
Numer Polisy \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

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

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

#### Dane dotyczące wypadku

DDMMRRRR Okoliczności i miejsce wypadku (wyczerpująco): \_\_\_\_\_  
Data wypadku \_\_\_\_\_

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?\*  Tak  Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?\*  Tak  Nie

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?\*  Tak  Nie

Czy w związku z 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, wraz z podaniem sygnatury: \_\_\_\_\_

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

## Dane dotyczące niezdolności do pracy/pobytu w szpitalu

Data zwolnienia lekarskiego/pobytu w szpitalu: od DDMMRRRR do DDMMRRRR

Przyczyna Czasowej niezdolności do pracy/pobytu w szpitalu:  Choroba  Wypadek (wymagane wypełnienie pól poniżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

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

Czy leczenie zostało zakończone?\*  Tak  Nie

## Dane dotyczące Utraty pracy

Przyczyna Utraty pracy (prosimy zaznaczyć):

wygaśnięcie stosunku pracy  porozumienie stron  wypowiedzenie umowy przez pracodawcę  
 wypowiedzenie umowy z winy Ubezpieczonego  wypowiedzenie umowy przez Ubezpieczonego  inna: \_\_\_\_\_

## Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeżeli inny niż Ubezpieczony

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

+48 \_\_\_\_\_ +48 \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

E-mail \_\_\_\_\_

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

DDMMRRRR \_\_\_\_\_  
Data urodzenia PESEL

Państwo urodzenia \_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości  paszport  dowód osobisty  karta pobytu \_\_\_\_\_  
Obywatelstwo  polskie  inne (podać jakie) \_\_\_\_\_

## Adres korespondencyjny

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

## Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy\*

Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy\*

Adres:

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

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

DDMMRRRR \_\_\_\_\_  
Data Miejscowość Podpis zgłaszającego roszczenie

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, Agenta, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku dokumenty.

ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię opisu 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, jeśli miało to miejsce
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu wypadkowego, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, postanowienia prokuratury, jeśli zostało wszczęte postępowanie)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych

POBYT W SZPITALU Z INNEGO POWODU NIŻ NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

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
- kopię dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

## 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 Nieszczęśliwego wypadku
- kopię dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia
- kopie następujących dokumentów: protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, jeśli zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania)

## 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; kopie umów o pracę dokumentujących 12-miesięczny okres zatrudnienia poprzedzający Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
- w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, za który zgłaszane jest roszczenie

## CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia, lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym
- 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, jeśli zostało wszczęte postępowanie)
- kopie zwolnień lekarskich potwierdzających Czasową niezdolność do pracy
- kopię dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia

## ZŁAMANIA KOŚCI 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
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia

## Oświadczenia Ubezpiezonego/Uprawnionego

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Ja niżej podpisany/-a zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia hapispokój i wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: 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 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 zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.\*\*

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania 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 oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpiezonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpiezonego do świadczenia z Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpiezonego 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, przez Towarzystwo w celu rozpatrzenia roszczenia. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie i nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania już dokonanego.

Tak  Nie

2. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie przez Towarzystwo 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 i nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania już dokonanego.

Tak  Nie

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Uprawnionego/Uposażonego (jeżeli inny niż Ubezpieczony)

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

Prosimy o przesłanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

**UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**

**ul. Chłodna 51**

**00-867 Warszawa**

**Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku: Roszczenia Bancassurance**

**Do wypełnienia w przypadku złożenia wniosku o wypłatę roszczenia u Doradcy Klienta**

**Oświadczam, iż dokonałem/-am weryfikacji tożsamości osoby składającej dokumenty na podstawie jej dokumentu tożsamości.**

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Podpis osoby przyjmującej dokumentację

\*\* Nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci.

### Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych jesteśmy my, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.

### Warto wiedzieć

My – administrator danych, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń 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 lub w sprawie dotyczącej likwidacji szkody;
- obsługi roszczeń 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 administratorze wynikających w szczególności z przepisów podatkowych i rachunkowych 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. Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu lub zakładom reasekuracji. Twoje dane osobowe możemy również 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, 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 ubiegasz się o odszkodowanie z tytułu zalania mieszkania lub uszkodzenia samochodu, dane mogą zostać pobrane automatycznie z formularza i przetworzone, w wyniku czego, jeśli roszczenie jest zasadne, zostanie podjęta automatyczna decyzja o przyznaniu odszkodowania. 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 niemożność przeprowadzenia procesu likwidacji. W przypadku danych osobowych nieuzyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych może być np. inny uczestnik zdarzenia. 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 ewentualnie inne dane niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacyjnego.