



Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia spłaty karty /spłaty karty Plus

# Wniosek

## Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- całkowitej niezdolności do pracy
- czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku
- czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzonej zwolnieniem lekarskim

Prosimy wypełnić wniosek szczegółowo i czytelnie.

**Polisa generalna nr 9000035/9000079/9000085\***

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Numer umowy kredytu \_\_\_\_\_

### Adres

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

### Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

DDMMRRRR  
Data zdarzenia ubezpieczeniowego

Przyczyna zdarzenia ubezpieczeniowego\*:

- choroba  wypadek

Opis zdarzenia ubezpieczeniowego (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:

Czy postępowanie zostało zakończone?\*  Tak  Nie

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

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

## Zgłaszający roszczenie

Ubezpieczony  inna osoba (w przypadku wyboru tej opcji prosimy wypełnić poniższe pola)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

### Adres korespondencyjny

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

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

\_\_\_\_\_  
Data urodzenia PESEL \_\_\_\_\_ Obywatelstwo  
 polskie  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości  dowód osobisty  paszport  karta pobytu \_\_\_\_\_  
Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

### Wypłata świadczenia

\_\_\_\_\_  
Numer rachunku bankowego, na który należy wypłacić świadczenie

### Dane właściciela rachunku bankowego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

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

### Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

#### ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- numer Karty wraz z imieniem i nazwiskiem Posiadacza karty
- zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół policyjny), dokumentację postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienie prokuratury, wyrok sądu)

#### CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania całkowitej niezdolności do pracy, określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy
- dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę całkowitej niezdolności do pracy

#### CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY SPOWODOWANA POBYTEM W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza
- zaświadczenie mBanku o minimalnej kwocie spłaty Karty Ubezpieczonego
- historię pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub nieszczęśliwego wypadku
- w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym – notatkę policji z zajścia wypadku

#### CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU POTWIERDZONA ZWOLNIENIEM LEKARSKIM

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię zwolnienia lekarskiego potwierdzającego czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego poświadczoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę, Ubezpieczającego lub inne władze
- dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, związaną ze zwolnieniem

### Oświadczenia

#### Oświadczenia Ubezpieczonego składającego wniosek o wypłatę świadczenia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia podanych w niniejszym wniosku i innych przekazanych przeze mnie dokumentach, przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: UNIQA TU 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 TU 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 o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak  Nie

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (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 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

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

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, 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 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 osoby zgłaszającej roszczenie, innej niż Ubezpieczony składający wniosek o wypłatę świadczenia

Oświadczam, że udostępniono mi informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak  Nie

### Oświadczenia Ubezpieczonego / osoby zgłaszającej roszczenie

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.

Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail.

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 D D M M R R R R Data Czytelny podpis Ubezpieczonego/osoby zgłaszającej roszczenie

### Dane przyjmującego wniosek (o ile wniosek jest składany za pośrednictwem agentów Towarzystwa)

\_\_\_\_\_  
Nazwisko Imię

\_\_\_\_\_  
Miejscowość D D M M R R R R Data Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

W przypadku zgłoszenia roszczenia prosimy przesać komplet dokumentów na adres:

**UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa lub e-mail: szkody.ba@uniqa.pl**

W razie pytań prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem infolinii 22 459 10 00.

### 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.