



Wniosek o wypłatę świadczenia  
z Umowy ubezpieczenia życia,  
zdrowia i od utraty pracy do kredytu  
lub pożyczki hipotecznej

Wniosek

Zgłaszane roszczenie dotyczy<sup>1</sup>:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Śmierci                                  | <input type="checkbox"/> Poważnego zachorowania                    |
| <input type="checkbox"/> Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> Rekonwalescencji po poważnym zachorowaniu |
| <input type="checkbox"/> Pobytu w szpitalu                        | <input type="checkbox"/> Operacji medycznej                        |
| <input type="checkbox"/> Utraty pracy                             | <input type="checkbox"/> Rekonwalescencji po operacji medycznej    |

Prosimy wypełnić wniosek szczegółowo i czytelnie.

#### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
 dowód osobisty  
 paszport \_\_\_\_\_  
 karta pobytu \_\_\_\_\_ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu) \_\_\_\_\_

Numer umowy ubezpieczenia \_\_\_\_\_

#### Adres zamieszkania

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

#### Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

DDMMRRRR \_\_\_\_\_ Przyczyna zgonu / Poważnego zachorowania /  
Data zgonu / Utraty pracy / Poważnego zachorowania / Operacji medycznej / Pobytu w szpitalu  
 choroba  wypadek DDMMRRRR \_\_\_\_\_  
Operacji medycznej / Pobytu w szpitalu Data wypadku, będącego przyczyną  
zgonu / data diagnozy choroby lub Poważnego zachorowania / Operacji medycznej

Utrata pracy nastąpiła wskutek:

- wygaśnięcia umowy o pracę / Kontraktu menedżerskiego w związku z upływem czasu, na jaki była/był zawarta/-y
- rozwiązania umowy o pracę / Kontraktu menadżerskiego za porozumieniem stron
- rozwiązania umowy za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa
- rozwiązania umowy o pracę / Kontraktu menadżerskiego bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego
- rozwiązania Kontraktu menadżerskiego w trybie natychmiastowym
- inne \_\_\_\_\_

Opis okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (wyczerpująco):

---

---

---

---

---

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny? <sup>1</sup>                        | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu? <sup>1</sup>                  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy? <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy zgonu)? <sup>1</sup>                                  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

16490624

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl  
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859  
Kapitał zakładowy: 496 772 608 zł – wpłacony w całości

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl  
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 271543, NIP 107-00-06-155  
Kapitał zakładowy: 141 730 747 zł – wpłacony w całości

mBank S.A. – agent ubezpieczeniowy, ul. Prosta 18, 00-850 Warszawa, tel. 801 300 800, www.mbank.pl  
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 25237, REGON 001254524, NIP 526-021-50-88  
Kapitał zakładowy: 169 733 980 – wpłacony w całości

Czy do śmierci/Operacji medycznej/Pobytu w szpitalu<sup>2</sup> doszło wskutek spożycia:

- a) narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych czy innych substancji psychoaktywnych z rozumienia przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii?<sup>1</sup>  Tak  Nie
- b) leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza?<sup>1</sup>  Tak  Nie
- c) alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosiła lub prowadziła do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosiła co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>?<sup>1</sup>  Tak  Nie

Czy do Poważnego zachorowania (jeżeli dotyczy) doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego:

- a) narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych czy innych substancji psychoaktywnych z rozumienia przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii?<sup>1</sup>  Tak  Nie
- b) leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza?<sup>1</sup>  Tak  Nie
- c) uzależnienia od alkoholu lub szkodliwego używania alkoholu?<sup>1</sup>

Czy do śmierci/Poważnego zachorowania/Operacji medycznej/Pobytu w szpitalu<sup>2</sup> doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?<sup>1</sup>  Tak  Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak”, prosimy o podanie dyscypliny sportowej: \_\_\_\_\_

Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?<sup>1</sup>  Tak  Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak”, należy podać sygnaturę akt sprawy: \_\_\_\_\_

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie Zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie:

\_\_\_\_\_  Tak  Nie

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

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

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

### Zgłaszający roszczenie

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

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
+48 \_\_\_\_\_ +48 \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

### Adres zamieszkania

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

### Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania)

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

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

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

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

### Wypłata świadczenia

Przelew bankowy

\_\_\_\_\_ Właściciel rachunku bankowego

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

Adres właściciela rachunku bankowego:

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

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczane za zgodność z oryginałem przez odpowiednio: notariusza, pracownika USC zgodnie z jego kompetencjami, pracownika Towarzystwa, agenta bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

### ŚMIERĆ, ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia dołączono:

- odpis lub kopię skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawionych do otrzymania świadczenia (**nie dotyczy Ubezpieczającego**)
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.)
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kopię protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokołu BHP, protokołu policyjnego, notatki służbowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), kopię dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy Uprawiony jest spadkobiercą Ubezpieczonego

### POBYT W SZPITALU

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokumentu potwierdzającego leczenie szpitalne, wydanych przez lekarza prowadzącego
- kopię historii Pobytu w szpitalu wraz z kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku
- kopię dokumentacji medycznej obejmującej okres sprzed dnia złożenia Wniosku o ubezpieczenie, mającej związek z Pobylem w szpitalu
- kopię dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia na dzień zdarzenia (np. umowy o pracę, zaświadczenia o zatrudnieniu od pracodawcy, wpisu

do CEIDG, numer NIP prowadzonej działalności gospodarczej, zaświadczenia z Urzędu Pracy o statusie osoby bezrobotnej lub innego dokumentu)

### POWAŻNE ZACHOROWANIE / OPERACJA MEDYCZNA/ REKONWALESCENCJA

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia na dzień zdarzenia (np. umowy o pracę, zaświadczenia o zatrudnieniu od pracodawcy, wpisu do CEIDG, numer NIP prowadzonej działalności gospodarczej, zaświadczenia z Urzędu Pracy o statusie osoby bezrobotnej lub innego dokumentu)
- kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania lub Operacji medycznej
- kopię dokumentacji medycznej obejmującej okres sprzed dnia złożenia Wniosku o ubezpieczenie, mającej związek z Poważnym zachorowaniem lub Operacją medyczną, które dotyczą zgłoszonego roszczenia
- w przypadku rekonwalescencji po poważnym zachorowaniu lub operacji medycznej – kopię zwolnienia lub zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność do pracy, która nastąpiła bezpośrednio po poważnym zachorowaniu lub operacji medycznej

### UTRATA PRACY

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię zaświadczenia lub kopię decyzji z urzędu pracy informujących o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku
- kopię świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy
- kopię ostatniej umowy o pracę, Kontraktu menedżerskiego lub zaświadczenia pracodawcy o nawiązaniu stosunku pracy wraz z oznaczeniem terminu, na który został zawarty
- w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia – dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, w którym przypada płatność świadczenia

## Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie

### 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 na Życie S.A. (dalej: UNIQA TUnŻ S.A.) oraz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: UNIQA TU S.A.), do siedzibami 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. oraz UNIQA TU S.A. są administratorami moich danych osobowych (z zastrzeżeniem, że nie są współ-administratorami danych).

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 udostępniłem mi informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak  Nie

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA TUnŻ S.A. oraz UNIQA TU S.A. (dalej: Towarzystwa) 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 Towarzystwom.

### Oświadczenie Uprawionego/Uposażonego do odbioru świadczenia

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne<sup>3</sup>:

Tak  Nie

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

Tak  Nie

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwom 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 Towarzystw oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Powyższa zgoda pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

Upoważniam Towarzystwa do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystw;
- 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 upoważnienia pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

Wyrażam zgodę na to, aby mój pracodawca przekazał Towarzystwu informacje i dokumenty dotyczące mojego zatrudnienia w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Ta zgoda pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

Podpis Ubezpieczonego

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

## 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.

Tak  Nie

W przypadku wybrania odpowiedzi „Tak” oświadczam, że wyrażam zgodę na (zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku):

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu drogą elektroniczną 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 (o ile wniosek jest składany za pośrednictwem agentów Towarzystw)

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

Prosimy przesłać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie**

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
2. Prosimy skreślić niewłaściwe.
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 Spółka Akcyjna lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, w zależności od wybranego przez Ciebie pakietu, z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.

### Warto wiedzieć

My – administrator danych, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. lub 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

- wykonania umowy ubezpieczenia – przetwarzanie danych jest niezbędne do jej wykonania;
- 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 lub 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 danym administratorze wynikających w szczególności z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, 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 udostępniać podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów prawa, np. Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu lub 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 likwidacji szkód lub 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 szkodzie lub 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 przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody lub obsługi roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest brak możliwości przeprowadzenia procesu likwidacji lub podjęcia decyzji dotyczącej roszczenia. W przypadku danych osobowych nieuzyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych może być np. inny uczestnik zdarzenia lub ubezpieczający. 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 inne dane niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacyjnego lub obsługi roszczenia. Źródłem pozyskania informacji o Twoim zatrudnieniu może być Twój pracodawca, jeżeli wyraziłeś na to zgodę lub Urząd Pracy. 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.