



Wniosek o wypłatę świadczenia  
z ubezpieczenia spłaty rat kredytu  
krótkoterminowego dla firm

Wniosek

**Zgłaszane roszczenie dotyczy\*:**

- pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku
- poważnego zachorowania
- operacji chirurgicznej

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

**Polisa generalna nr 9000134**

**Dane Ubezpieczonego**

Nazwisko	Imię
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> dowód osobisty
PESEL <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> paszport
Seria i numer dokumentu tożsamości <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> inny (podać jaki) <input type="text"/>
Numer umowy Kredytu <input type="text"/>	

**Adres**

Kod pocztowy <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>	Ulica <input type="text"/>	Numer domu/lokalu <input type="text"/>
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--

**Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego**

Data zdarzenia ubezpieczeniowego <input type="text"/>	Przyczyna zdarzenia ubezpieczeniowego*: <input type="checkbox"/> choroba <input type="checkbox"/> wypadek	Data wypadku, będącego przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego <input type="text"/>
---	--	---

Okoliczności i miejsce zdarzenia ubezpieczeniowego (wyczerpująco):

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy do zdarzenia doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego środków odurzających lub psychotropowych, niezaleconych przez lekarza?*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy do zdarzenia doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Jeśli tak, prosimy o podanie dyscypliny sportowej:

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 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 \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

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

### 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:

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

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

### Wyplata 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 poświadczonych 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.

#### POBYT W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokumentu potwierdzającego leczenie szpitalne, wydanego przez lekarza
- historię pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie nieszczęśliwego wypadku
- kopię umowy Kredytu wraz z harmonogramem spłat

#### POWAŻNE ZACHOROWANIE LUB OPERACJA CHIRURGICZNA

Do zgłoszenia dołączono:

- pełną dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej
- dokumentację medyczną obejmującą okres sprzed przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, mającą związek z poważnym zachorowaniem lub operacją chirurgiczną
- kopię umowy Kredytu wraz z harmonogramem spłat

### Oświadczenia

#### Oświadczenia Ubezpiezonego 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 udostępniłem mi informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak  Nie

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA TU S.A. (dalej: Towarzystwo) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacji lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z wery-

fikacją 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 zasięgania 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

Wyrażam zgodę na zwolnienie mBanku S.A. z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia.

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

\_\_\_\_\_  
Data

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

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

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Data

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

Prosimy przelać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

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

Adres e-mail: [szkody.ba@uniqa.pl](mailto:szkody.ba@uniqa.pl)

### 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.