



Wniosek o wypłatę świadczenia
Dotyczy: Ogólnych warunków ubezpieczenia
Pakiet Życie dla Klientów Providenta

Wniosek

Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- śmierci
- poważnego zachorowania
- rozpoznania Nowotworu przedinwazyjnego
- rozpoznania Nowotworu złośliwego

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

Dane Ubezpieczonego

Imię _____ Nazwisko _____
PESEL _____ Seria i numer dowodu osobistego _____ Obywatelstwo polskie _____ Numer Wnioskopolisy _____
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

Przyczyny i okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:

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

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

Dodatkowe dane w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego

DDMM RRRR _____
Data zgonu _____ Miejsce zgonu _____

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

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeżeli inny niż Ubezpieczony

Imię _____ Nazwisko _____
Państwo urodzenia _____ +48 _____ Telefon komórkowy _____ +48 _____ Telefon stacjonarny _____

E-mail _____

Jeśli zgłaszający jest uprawnionym do otrzymania świadczenia, należy również podać następujące dane:

DDMMRRRR _____ Obywatelstwo polskie inne _____
Data urodzenia PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres korespondencyjny

---- _____ Ulica _____ ---/---
Kod pocztowy Miejscowość Numer domu/lokalu

Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko) _____

Numer rachunku bankowego

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

DDMMRRRR _____ Podpis zgłaszającego roszczenie
Data Miejscowość

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

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

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem zatączane do wniosku dokumenty.

ŚMIERĆ

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- kartę statystyczną do karty zgonu lub inny dokument potwierdzający przyczynę śmierci
- opis świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.), jeśli miało miejsce
- jeżeli zdarzenie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół powypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatkę urzędową z policji, protokół oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wynik postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie)
- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmujący okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, a w przypadku braku jej posiadania – adresy tych placówek
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych
- odpis prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, w przypadku gdy uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego, lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy uprawniony nie jest małżonkiem, dzieckiem, rodzicem lub rodzeństwem Ubezpieczonego, natomiast jest spadkobiercą Ubezpieczonego

POWAŻNE ZACHOROWANIE

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
 - dokumentację potwierdzającą wystąpienie Poważnego zachorowania
 - dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia
 - protokół policyjny lub postanowienie z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania Poważnego zachorowania Ubezpieczonego policja lub prokuratura prowadziły postępowanie
 - ROZPOZNANIE NOWOTWORU PRZEDINWAZYJNEGO / ROZPOZNANIE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO
- Do zgłoszenia należy dołączyć:
- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, potwierdzającą diagnozę lub Rozpoznanie nowotworu lub jego objawów, obejmującą okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, w tym wyniku badania histopatologicznego potwierdzający pierwsze rozpoznanie choroby nowotworowej, przeprowadzonego przez patomorfologa, albo potwierdzenie rozpoznania łagodnego guza mózgu
 - kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

Oświadczenia

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie (jeżeli nie jest jednocześnie Ubezpieczonym)

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej dostępny na uniqa.pl.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.*

Tak Nie

DDMMRRRR _____ Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie
Data Miejscowość

Oświadczenia Ubezpieczonego

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. 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.
Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.
2. Ja niżej podpisany/-a 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.

Tak Nie

3. Ja, niżej podpisany/-a, zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów Providenta i 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 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 lub dokumentacji medycznej o stanie zdrowia, 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 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**.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania 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 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 o przyczynie śmierci Ubezpieczonego 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.

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

Tak Nie

 / / / / / / / / /

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Prosimy o przesłanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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 lub w oddziale Provident Polska S.A.

Oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości osoby składającej dokumenty na podstawie jej dokumentu tożsamości.

 / / / / / / / / /

Data

Miejscowość

Podpis osoby przyjmującej dokumentację

* 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).

** Nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci.

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 zgłoszisz 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.