



Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dotyczącego Posiadaczy i Użytkowników kart kredytowych wydanych przez Deutsche Bank Polska S.A.

Wniosek

Uwaga: W listopadzie 2018 r. Santander Bank Polska S.A. wstąpił w prawa i obowiązki z umów ubezpieczenia zawartych lub wykonywanych przez Deutsche Bank Polska S.A.

Numer Wnioskopolis/Polisy/Karty kredytowej

Zgłaszane roszczenie dotyczy*:

- Posiadacza karty
- Użytkownika karty
- z tytułu śmierci
- z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- z tytułu inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- z tytułu utraty pracy
- z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- z tytułu nieuprawnionej transakcji dokonanej przy użyciu skradzionej lub zagubionej karty
- z tytułu utraty środków pieniężnych

Dane Ubezpieczającego (Posiadacza karty)

Nazwisko, imię _____ PESEL _____

_____ dowód osobisty paszport karta pobytu _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

_____ stacjonarny
_____ komórkowy _____
Telefon _____ Godziny kontaktu _____ Adres e-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami) _____

Adres zamieszkania

_____ _____ _____ _____
Kod pocztowy _____ Mięscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Dane osoby, której dotyczy roszczenie: Posiadacza karty / Użytkownika karty**

Nazwisko, imię _____ PESEL _____

_____ dowód osobisty paszport karta pobytu _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

_____ stacjonarny
_____ komórkowy _____
Telefon _____ Godziny kontaktu _____ E-mail _____

Adres zamieszkania

_____ _____ _____ _____
Kod pocztowy _____ Mięscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od powyższego)

_____ _____ _____ _____
Kod pocztowy _____ Mięscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Dane dotyczące zgonu/wypadku

DD MM RRRRR _____
Data zgonu/wypadku _____ Okoliczności i miejsce zgonu/wypadku (wyczerpująco): _____

3520421U

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

Czy Posiadacz karty / Użytkownik karty** w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?* Tak Nie

Czy Posiadacz karty / Użytkownik karty** 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: _____

Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu: od do

Przyczyna pobytu w szpitalu*: choroba wypadek (wymagane wypełnienie pól poniżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

Nazwa i adres szpitala, w którym leczyl się Posiadacz karty w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym: _____

Czy leczenie zostało zakończone?* Tak Nie

Dane dotyczące trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku / trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Nazwa i adres placówki medycznej / szpitala, w którym leczyl się Posiadacz karty w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym: _____

Data wydania pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji: _____

Od kiedy rozpoczęto się leczenie, z tytułu którego zostało wydane orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji? _____

Dane zgłaszającego roszczenie

Nazwisko _____ Imię _____

+48 Telefon komórkowy +48 Telefon stacjonarny

Adres e-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

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

Data urodzenia _____ PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości dowód osobisty paszport karta pobytu

Obywatelstwo polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____ Państwo urodzenia _____

Adres korespondencyjny

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

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego: _____

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

Przekaz pocztowy

Adres:

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

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

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Podpis zgłaszającego roszczenie

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Ubezpieczyciela oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio notariusza, pracownika USC (w zakresie jego kompetencji), pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja:

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

ŚMIERĆ POSIADACZA KARTY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Posiadacza karty
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawionych do otrzymania świadczenia
- kopię odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia – jeżeli Uprawniony jest spadkobiercą Posiadacza karty

ŚMIERĆ POSIADACZA KARTY / UŻYTKOWNIKA KARTY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Posiadacza karty lub Użytkownika karty, jeżeli zdarzenie dotyczy Użytkownika karty
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci Posiadacza karty lub Użytkownika karty, jeżeli zdarzenie dotyczy Użytkownika karty
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.)
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawionych do otrzymania świadczenia
- kopię odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia – jeżeli Uprawniony jest spadkobiercą Posiadacza karty

INWALIDZTWO POSIADACZA KARTY / UŻYTKOWNIKA KARTY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia i – o ile zostały sporządzone – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Posiadacz karty lub Użytkownik karty był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Posiadacza karty lub Użytkownika karty, jeżeli zdarzenie dotyczy Użytkownika karty

UTRATA PRACY POSIADACZA KARTY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię zaświadczenia z urzędu pracy informującego 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, w tym kopię ostatniej umowy o pracę zawierającej informację o okresie, na jaki została ona zawarta
- przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – kopię dowodu pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, za który zgłaszane jest roszczenie
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Posiadacza karty
- POBYT W SZPITALU POSIADACZA KARTY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Posiadacz karty był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Posiadacza karty
- TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY POSIADACZA KARTY ALBO TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ORAZ SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI POSIADACZA KARTY**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia i – o ile zostały sporządzone – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie),
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Posiadacz karty był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy lub trwałą i całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Posiadacza karty
- NIEUPRAWNIONE TRANSAKcje PRZY UŻYCIU KARTY POSIADACZA KARTY / UŻYTKOWNIKA KARTY**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię potwierdzenia zgłoszenia utraty Karty na policji
- kopię dokumentu potwierdzającego dokonanie transakcji przy użyciu utraconej Karty, zawierającego datę i godzinę dokonania
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Posiadacza karty i Użytkownika karty, jeżeli zdarzenie dotyczy Użytkownika karty
- UTRATA ŚRODKÓW PIENIĘŻNYCH POSIADACZA KARTY / UŻYTKOWNIKA KARTY**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię potwierdzenia zgłoszenia zdarzenia na policji
- kopię dokumentu potwierdzającego dokonanie transakcji przy użyciu Karty, zawierającego określenie wysokości transakcji oraz dnia i godziny jej dokonania
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Posiadacza karty i Użytkownika karty, jeżeli zdarzenie dotyczy Użytkownika karty

Oświadczenia

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na*:

- 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.

Oświadczenia Posiadacza karty / Użytkownika karty**

2. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibami w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej Towarzystwa) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informację 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 Towarzystwom.

Upoważniam Towarzystwa do zasięgania informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystw;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ubezpieczony lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego 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 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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Tak Nie

3. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie przez Towarzystwa 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.

Tak Nie

Oświadczenie Uprawnionego

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne***. Tak Nie

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

 D D M M R R R R

Data _____ Miejscowość _____ Czytelny podpis Posiadacza karty / Użytkownika karty _____

 D D M M R R R R

Data _____ Miejscowość _____ Czytelny podpis Uprawnionego/Uposażonego
(jeżeli inny niż Posiadacz karty/ Użytkownik karty)

 D D M M R R R R

Data _____ Miejscowość _____ Czytelny podpis Zgłaszającego roszczenie
(jeżeli inny niż Posiadacz karty/ Użytkownik karty lub Uprawniony/Uposażony)**

Upoważniam Deutsche Bank Polska S.A. do ujawniania Towarzystwom informacji objętych tajemnicą bankową, dotyczących Rachunku karty, w związku z którym zawarłem Umowę ubezpieczenia.

 D D M M R R R R

Data _____ Miejscowość _____ Czytelny podpis Posiadacza karty _____

Prosimy przekazać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami do Deutsche Bank Polska S.A. lub przesać na adres:

- w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty pracy: **UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa**
- w przypadku pozostałych roszczeń: **UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa**

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Obszar Bancassurance**

Adnotacja Banku

Stwierdziłem zgodność danych z okazanymi dokumentami tożsamości oraz potwierdziłem własnoręczność złożonego podpisu.

Numer placówki

Numer CIF

 D D M M R R R R

Data _____ Miejscowość _____ Pieczętka imienna i podpis osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne
w imieniu Agenta

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Prosimy skreślić niewłaściwe.

*** 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

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

- 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 udostępnić 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.