

Zgłaszane roszczenie dotyczy\*:

- braku udziału ubezpieczonego w wydarzeniu  
 braku udziału osoby towarzyszącej w wydarzeniu

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

## Dane ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia DDMMRRRR

## Adres zamieszkania

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

## Dane osoby, której dotyczy zdarzenie (jeżeli inna niż ubezpieczony)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia DDMMRRRR

## Adres zamieszkania

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

## Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

DDMMRRRR  
Data wypadku

Okoliczności i miejsce wypadku (wyczerpująco): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy ubezpieczony lub osoba towarzysząca w chwili wypadku prowadził/-a pojazd mechaniczny?\*  Tak  NieCzy ubezpieczony lub osoba towarzysząca znajdował/-a się pod wpływem alkoholu?\*  Tak  NieCzy był spisany protokół policyjny?\*  Tak  NieCzy 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  NieCzy zostało zakończone leczenie?\*  Tak  Nie

Nazwa i adres placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się ubezpieczony lub leczyła się osoba towarzysząca w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Dane zgłaszającego roszczenie

- Ubezpieczony**     **Inna osoba** – np. opiekun prawny dziecka (w przypadku wyboru tej opcji prosimy wypełnić poniższe pola)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
+48 \_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy                      E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

W przypadku zgłoszenia roszczenia dotyczącego dziecka, prosimy podać stopień pokrewieństwa osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia: \_\_\_\_\_

## Adres korespondencyjny

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

## Forma wypłaty 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 poświadczone za zgodność z oryginałem przez odpowiednio: notariusza, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

- BRAK UDZIAŁU UBEZPIECZONEGO W WYDARZENIU**

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentacji potwierdzającej wystąpienie jednego ze zdarzeń wskazanych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Going. ProTicket (może to być, w zależności od rodzaju zdarzenia: protokół policyjny opisujący okoliczności zdarzenia, karta informacyjna leczenia szpitalnego, kopia odpisu skróconego aktu zgonu, kopia zwolnienia lekarskiego, oświadczenie przewoźnika związane z opóźnieniem środka transportu, potwierdzenie zgłoszenia pożaru straży pożarnej, potwierdzenie zgłoszenia zalania mieszkania ubezpieczycielowi, kopia wypowiedzenia umowy o pracę), które uniemożliwiło ubezpieczonemu lub osobie towarzyszącej wzięcie udziału w wydarzeniu
- oświadczenie o braku uczestnictwa ubezpieczonego w wydarzeniu
- kopia biletu, który nie został wykorzystany

## Oświadczenia

### Oświadczenia ubezpieczonego / opiekuna prawnego dziecka lub osoby towarzyszącej, których dotyczy zgłaszane roszczenie

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi/mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych, o informację 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/mojego dziecka 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/mojego dziecka śmierci.

- Tak**     **Nie**

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi/mojemu dziecku 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/mojego dziecka 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 jest lub było ubezpieczone moje dziecko, 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/mojego dziecka śmierci.

- Tak**     **Nie**

\_\_\_\_\_  
Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego dziecka lub osoby towarzyszącej

## Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie, innej niż ubezpieczony składający wniosek o wypłatę świadczenia

Oświadczam, że udostępniono mi dokument „Przetwarzanie danych osobowych”.

Tak  Nie

## Oświadczenia ubezpieczonego / osoby zgłaszającej roszczenie

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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na (prosimy zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku; w przypadku braku wskazania informacje o realizacji wniosku będą przesyłane na podany adres korespondencyjny):

- 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

  D     D     M     M     R     R     R     R  

Data

\_\_\_\_\_

Czytelny podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego dziecka / osoby zgłaszającej roszczenie

Prosimy przesać 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**

### 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 udostępniać 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.