

Świadczenie dla Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A. w ramach Umowy ubezpieczenia Życie Plus Praca nr 9000155

**Zgłaszane roszczenie dotyczy\*:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> śmierci  | <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku   | <input type="checkbox"/> Utrata pracy  |
| <input type="checkbox"/> całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji   | <input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie  |
| <input type="checkbox"/> Całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna   |

Prosimy wypełnić wniosek szczegółowo i czytelnie.

**Dane Ubezpieczonego**

Nazwisko	Imię
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	<input type="checkbox"/> dowód osobisty
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> paszport
Seria i numer dokumentu tożsamości	<input type="checkbox"/> karta pobytu
<input type="text"/>	Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

Numer Umowy kredytu

**Adres zamieszkania**

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

**Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego**

Data zgonu /powstania Całkowitej niezdolności do pracy/Utraty pracy:	<input type="text"/>	Przyczyna zgonu /powstania Całkowitej niezdolności do pracy*:	<input type="checkbox"/> choroba	<input type="checkbox"/> wypadek
Data wypadku, będącego przyczyną zgonu /powstania Całkowitej niezdolności do pracy /diagnozy choroby lub Poważnego zachorowania:	<input type="text"/>			

Opis okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (wyczerpująco):

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?\*  Tak  Nie

Czy Ubezpieczony 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 do śmierci/Całkowitej niezdolności do pracy/Utraty pracy/Poważnego zachorowania/Operacji chirurgicznej/pobytu w Szpitalu\*\* doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza?\*  Tak  Nie

Czy do śmierci/Całkowitej niezdolności do pracy/Utraty pracy/Poważnego zachorowania/Operacji chirurgicznej/pobytu w Szpitalu\*\* doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?\*  Tak  Nie

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

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:

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 \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy

+48 \_\_\_\_\_  
Telefon stacjonarny

\_\_\_\_\_  
Adres 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:

D D M M R R R R \_\_\_\_\_  
Data urodzenia PESEL

Obywatelstwo

polskie  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)

\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości

dowód osobisty  paszport  karta pobytu

\_\_\_\_\_  
Państwo urodzenia

## Wypłata świadczenia

- do wysokości zobowiązania z tytułu Umowy kredytu uprawnionym do otrzymania świadczenia jest mBank Hipoteczny S.A., al. Armii Ludowej 26, Warszawa
- wypłata świadczenia nastąpi na rachunek wskazany przez mBank Hipoteczny S.A.

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczoną 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.

### ŚMIERĆ, ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia dołączono:

- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- 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), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- kopię dokumentów potwierdzających roczne dochody wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu za rok poprzedzający rok wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego)
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego

### CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ORAZ SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI (dotyczy również zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem)

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię orzeczenia komisji lekarskiej ZUS lub innego organu rentowego o Całkowitej niezdolności do pracy
- kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia będącego przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy poświadczoną za zgodność z oryginałem (np. kopia wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Ubezpieczonego na komisję ZUS); w przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci kopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych, opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.) konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie; protokołów opisujących okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokołów BHP, protokołów policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), dokumentacja postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte
- kopię dokumentów potwierdzających roczne dochody każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu za rok poprzedzający rok wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- POBYT W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**  
Do zgłoszenia dołączono:
  - kopię karty informacyjnej wypisu ze Szpitala lub dokumentu potwierdzającego leczenie szpitalne, wydaną przez lekarza prowadzącego
  - historię pobytu w Szpitalu wraz z kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby lub nieszczęśliwego wypadku

**POWAŻNE ZACHOROWANIE / OPERACJA CHIRURGICZNA**

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania lub Operacji chirurgicznej
- dokumentację medyczną obejmującą okres sprzed przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, mającą związek z Poważnym zachorowaniem lub Operacją chirurgiczną, które dotyczą zgłoszonego roszczenia

**UTRATA PRACY**

Do zgłoszenia dołączono:

- zaświadczenie lub kopię decyzji z urzędu pracy informujące o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku
- kopię świadectwa pracy z ostatniego miejsca zamieszkania
- kopię ostatniej umowy o pracę lub zaświadczenia pracodawcy o nawiązaniu stosunku pracy wraz z oznaczeniem terminu, na który został zawarty

**Oświadczenia**

**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.), z 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 współadministratorami 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 udostępniono 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.

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 upoważnienie pozostaje 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

**Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie, innej niż Ubezpieczony składający wniosek o wypłatę świadczenia**

Oświadczam, że udostępniono mi informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak  Nie

**Oświadczenie Uprawnionego/Uposażonego do odbioru świadczenia**

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne\*\*:

Tak  Nie

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

**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 Banku)**

Nazwisko

Imię

Data

Miejscowość

Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

Prosimy przesłać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

**W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:**

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa

**W przypadku pozostałych ryzyk:**

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 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.

\* Prosimy zaznaczyć właściwe.

\*\* 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).