



Wniosek o wypłatę świadczenia
z Umowy ubezpieczenia na życie i od
innych zdarzeń dla Klientów mBanku

Wniosek

- Zgłaszane roszczenie dotyczy¹:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> śmierci | <input type="checkbox"/> Utraty pracy |
| <input type="checkbox"/> śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> Poważnego zachorowania |
| <input type="checkbox"/> Pobytu w szpitalu | <input type="checkbox"/> Operacji medycznej |

Prosimy wypełnić wniosek szczegółowo i czytelnie.

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko _____ Imię _____
 dowód osobisty
 paszport
 karta pobytu

PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu) _____

Numer umowy ubezpieczenia _____

Adres zamieszkania

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

Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

DDMMRRRR _____ Przyczyna zgonu / Poważnego zachorowania /
Operacji medycznej / Pobytu w szpitalu
 choroba wypadek

DDMMRRRR _____ Data wypadku, będącego przyczyną
zgonu / data diagnozy choroby lub Poważnego
zachorowania / Operacji medycznej

Utrata pracy nastąpiła wskutek:

- wygaśnięcia umowy o pracę / Kontraktu menedżerskiego w związku z upływem czasu, na jaki była/był zawarta/-y
- rozwiązania umowy o pracę / Kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron
- rozwiązania umowy za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa
- rozwiązania umowy o pracę / Kontraktu menedżerskiego bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego
- rozwiązania Kontraktu menedżerskiego w trybie natychmiastowym
- inne _____

Opis okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (wyczerpująco):

- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?¹ Tak Nie
- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?¹ Tak Nie
- Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?¹ Tak Nie
- Czy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy zgonu)?¹ Tak Nie
- Czy do śmierci / Operacji medycznej / Pobytu w szpitalu² doszło wskutek spożycia:
- a) narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych czy innych substancji psychoaktywnych z rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii?¹ Tak Nie
- b) leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza?¹ Tak Nie
- c) alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosiła lub prowadziła do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosiła co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³?¹ Tak Nie

16490421U

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

mBank S.A. – agent ubezpieczeniowy, ul. Prosta 18, 00-850 Warszawa, tel. 801 300 800, www.mbank.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 25237, REGON 001254524, NIP 526-021-50-88
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony) wg stanu na 1.01.2021 r. wynosi 169 468 160 zł

Czy do Poważnego zachorowania (jeżeli dotyczy) doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego:

- a) narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych czy innych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii?¹ Tak Nie
- b) leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza?¹ Tak Nie
- c) uzależnienia od alkoholu lub szkodliwego używania alkoholu?¹

Czy do śmierci / Poważnego zachorowania / Operacji medycznej / Pobytu w szpitalu² doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?¹ Tak Nie

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

Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?¹ Tak Nie

W przypadku zaznaczenia „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?¹ 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 _____ E-mail _____
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

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:

DDMMRRRR _____ Obywatelstwo
Data urodzenia PESEL polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

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

Wypłata 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 następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio: notariusza, pracownika USC zgodnie z jego kompetencjami, pracownika Towarzystwa, agenta 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 lub kopię skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego kopię karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego) 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

ku 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), kopię dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego

POBYT W SZPITALU

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokumentu potwierdzającego leczenie szpitalne, wydanych przez lekarza prowadzącego
- kopię historii Pobytu w szpitalu wraz z kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku
- kopię dokumentacji medycznej obejmującej okres sprzed dnia złożenia Wniosku o ubezpieczenie, mającej związek z Pobytem w szpitalu

POWAŻNE ZACHOROWANIE / OPERACJA MEDYCZNA

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania lub Operacji medycznej
- kopię dokumentacji medycznej obejmującej okres sprzed dnia złożenia Wniosku o ubezpieczenie, mającej związek z Poważnym zachorowaniem lub Operacją medyczną, które dotyczą zgłoszonego roszczenia

UTRATA PRACY

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię zaświadczenia lub kopię decyzji z urzędu pracy informujących o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku
- kopię świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy
- kopię ostatniej umowy o pracę, Kontraktu menedżerskiego lub zaświadczenia pracodawcy o nawiązaniu stosunku pracy wraz z oznaczeniem terminu, na który został zawarty
- w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia – dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, w którym przypada płatność świadczenia

Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie

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 współ-administratorami 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 udostępniłem 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 wysokości 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

Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie Uprawnionego/Uposażonego do odbioru świadczenia

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne³:

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 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.

Tak Nie

W przypadku wybrania odpowiedzi „Tak” oświadczam, że wyrażam zgodę na (zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku):

- 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

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego / osoby zgłaszającej roszczenie

Nazwisko _____ Imię _____
Miejscowość _____ _____
Data Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

Prosimy przesłać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

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

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

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
2. Prosimy skreślić niewłaściwe.
3. 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 S.A. lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., w zależności od wybranego przez Ciebie pakietu, 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

Jeśli wyrażasz zgodę na przesyłanie informacji handlowych lub marketingowych przez inne spółki z grupy UNIQA, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., lub UNIQA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., lub UNIQA Polska S.A. to administratorem Twoich danych w celach marketingowych, badania satysfakcji oraz statystycznych i analitycznych, w tym profilowania, jest również odpowiednia spółka z grupy UNIQA, na rzecz której została udzielona zgoda. Dane kontaktowe oraz pozostałe informacje są takie same dla wszystkich spółek.

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 lub podjęcia działań przed zawarciem umowy, w tym oceny ryzyka ubezpieczeniowego – przetwarzanie danych jest niezbędne do zawarcia i wykonania umowy lub do podjęcia działań na Twoje żądanie, przed zawarciem 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 umową ubezpieczenia lub działań podjętych przed jej zawarciem;
- wypełnienia obowiązków prawnych – przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciężących na administratorze wynikających z szczególności z przepisów 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;
- przedstawiania Ci naszych produktów i usług za pośrednictwem marketingu bezpośredniego – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli prowadzenia marketingu bezpośredniego naszych usług i produktów;
- dostosowania treści marketingowych do Twoich preferencji i zainteresowań na podstawie szczególnych kategorii danych osobowych (np. o stanie zdrowia) – przetwarzanie jest realizowane na podstawie wyrażonej zgody;
- 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;
- reasekuracji ryzyka – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą z Tobą umową.

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 wygaśnię obowiązków przechowywania danych wynikający z przepisów prawa, lub zrealizujemy nasz prawnie uzasadniony interes, lub zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania opartego na prawnie uzasadnionym interesie, lub wycofasz zgodę na przetwarzanie danych.

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 osobowe na zlecenie UNIQA, np.: dostawcom usług IT, podmiotom windykującym należności, agencjom marketingowym, podmiotom świadczącym usługi asystance, agentom ubezpieczeniowym. Podmioty, którym przekazujemy Twoje dane, przetwarzają je na podstawie zawartej z nami umowy – wyłączanie 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; wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest Twoja zgoda. Wycofanie zgody nie wpływa jednak na przetwarzanie danych, jakie odbyło się przed wycofaniem Twojej zgody. Masz również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Na czym polega zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie

Twoje dane będziemy przetwarzać w sposób zautomatyzowany, czyli bez udziału człowieka, w tym również będziemy je profilować. Robimy to po to, aby móc przedstawić Ci ofertę ubezpieczenia. Dane osobowe, zwłaszcza te określające przedmiot i przebieg ubezpieczenia (albo np. dotyczące Twojego zdrowia), będziemy wykorzystywać do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia składki. Większa wartość przedmiotu ubezpieczenia lub większa szkodowość (w przypadku Twojego zdrowia – przebyte wcześniej choroby) może mieć wpływ na wyższe ryzyko ubezpieczeniowe i tym samym Twoją składkę ubezpieczeniową może być wyższa. Przykład: jeśli w poprzednich latach było kilka stłuczek samochodowych, to może oznaczać, że automatycznie wyliczymy Ci wyższą składkę ubezpieczeniową albo jeśli w poprzednich latach przechodziłeś kilka chorób, to może oznaczać, że automatycznie wyliczymy Ci wyższą składkę ubezpieczeniową. 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 zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych lub badania satysfakcji jest dobrowolne. W przypadku danych osobowych niezyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych jest np. ubezpieczający. Mogą to być w szczególności: imię i nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, e-mail, telefon. 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. W przypadku umów ubezpieczenia pojazdu źródłem pozyskania danych może być również Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, z którego pozyskujemy historię szkodowości.