



.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
nr dowodu osobistego

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

.....
adres e-mail

OŚWIADCZENIE OSOBY POSZKODOWANEJ

1. Data i godzina zdarzenia:
2. Miejsce zdarzenia:
3. Świadczenie zdarzenia (proszę o podanie imienia, nazwiska, nr telefonu oraz przesłanie ich oświadczeń na załączonych drukach):
4. Przyczyna powstania szkody:
5. Opis zdarzenia:

6. *Szkic miejsca zdarzenia:*

7. *Doznane obrażenia ciała (proszę o przesłanie dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy oraz leczenia powypadkowego):*

.....
.....

8. *Czy przed zdarzeniem w obrębie obecnych obrażeń ciała miały miejsce jakieś urazy, jeśli tak to jakie (proszę o przesłanie stosownej dokumentacji z leczenia):*

.....
.....

9. *Jakie są Pana/Pani roszczenia (czego Pan/Pani żąda) w związku z powstałą szkodą:*

.....
.....

10. *Nr rachunku bankowego, na który ma zostać przełane odszkodowanie:*

.....

Oświadczam, że otrzymałam/em i zapoznałam/em się z zasadami przetwarzania danych osobowych, wskazanymi w załączonym dokumencie „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna”. Przedmiotowe informacje opisują w całości zasady przetwarzania przedmiotowych danych, a w konsekwencji nie wszystkie treści w nich zawarte mogą mieć zastosowanie w indywidualnej sprawie. Informacje są również publicznie dostępne na stronie internetowej Towarzystwa pod adresem: www.uniqa.pl/o-nas/dane-osobowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym piśmie/formularzu, w szczególności danych o stanie zdrowia, w celu wykonania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. obowiązków wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia. Dane mogą zostać przekazane podmiotom wskazanym w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844). Zgoda ta jest niezbędna do realizacji procesu likwidacji szkód oraz wypłaty odszkodowań i świadczeń.

Wyrażam zgodę, aby UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uzyskała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji 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 wysokości tego świadczenia oraz pozostałych informacji zgodnie z art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Zgoda ta jest niezbędna do realizacji procesu likwidacji szkód oraz wypłaty odszkodowań i świadczeń.

Wyrażam zgodę na składanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A oświadczeń i przekazywanie informacji związanych ze złożonym za pośrednictwem niniejszego pisma/formularza, w szczególności z procesem likwidacji szkody, przy użyciu telefonu, na numer telefonu wskazany w piśmie/formularzu lub w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na wskazany w piśmie/formularzu adres poczty elektronicznej oraz do udzielenia odpowiedzi na wskazany adres email zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

.....
data i podpis poszkodowanego