



Zgłoszenie roszczenia z tytułu leczenia szpitalnego/operacji chirurgicznej

Wypełnij czytelnie, najlepiej drukowanymi literami

1. Informacje o ubezpieczonym i ubezpieczeniu

Imię i nazwisko	
Numer polisy, certyfikatu lub potwierdzenia	Nazwa i adres pracodawcy ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników)

2. Zdarzenia, z tytułu których zgłaszasz roszczenia

A. Ubezpieczony

☐ Leczenie szpitalne niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba)	☐ Leczenie specjalistyczne
☐ Leczenie szpitalne w wyniku nieszczęśliwego wypadku	☐ Leczenie specjalistyczne onkologiczne
☐ Leczenie szpitalne w wyniku wypadku w pracy	☐ Leczenie specjalistyczne kardiologiczne
☐ Leczenie szpitalne w wyniku wypadku komunikacyjnego (wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym)	☐ Koszty leczenia poszpitalnego
☐ Leczenie szpitalne w wyniku wypadku komunikacyjnego (wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym) w pracy	☐ Pobyt w sanatorium po leczeniu szpitalnym
☐ Leczenie szpitalne w wyniku choroby nowotworowej	☐ Powikłania pooperacyjne
☐ Leczenie szpitalne w wyniku zawału mięśnia sercowego/krwotoku śródmózgowego/udaru mózgu	☐ Powikłania pooperacyjne w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐ Leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym	☐ Rekonwalescencja
☐ Leczenie szpitalne na oddziale rehabilitacyjnym	☐ Czasowa niezdolność do pracy po leczeniu szpitalnym
☐ Leczenie szpitalne ubezpieczonego na OIOM/OIT	☐ Operacja chirurgiczna
☐ Inne ryzyka wskazane w polisie	☐ Operacja chirurgiczna w wyniku nieszczęśliwego wypadku

B. Małżonek/partner

☐ Leczenie szpitalne niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba)	☐ Leczenie specjalistyczne
☐ Leczenie szpitalne w wyniku nieszczęśliwego wypadku	☐ Leczenie specjalistyczne onkologiczne
☐ Leczenie szpitalne w wyniku wypadku w pracy	☐ Leczenie specjalistyczne kardiologiczne
☐ Leczenie szpitalne w wyniku wypadku komunikacyjnego (wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym)	☐ Operacja chirurgiczna
☐ Leczenie szpitalne w wyniku wypadku komunikacyjnego (wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym) w pracy	☐ Operacja chirurgiczna w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐ Leczenie szpitalne w wyniku choroby nowotworowej	☐ Powikłania pooperacyjne
☐ Leczenie szpitalne w wyniku zawału mięśnia sercowego/krwotoku śródmózgowego/udaru mózgu	☐ Powikłania pooperacyjne w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐ Leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym	☐ Rekonwalescencja
☐ Leczenie szpitalne na oddziale rehabilitacyjnym	☐ Czasowa niezdolność do pracy po leczeniu szpitalnym
☐ Leczenie szpitalne ubezpieczonego na OIOM/OIT	☐ Inne ryzyka wskazane w polisie

C. Dziecko

☐ Leczenie szpitalne - świadczenie jednorazowe	☐ Leczenie specjalistyczne
☐ Leczenie szpitalne niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba)	☐ Leczenie specjalistyczne onkologiczne
☐ Leczenie szpitalne w wyniku nieszczęśliwego wypadku	☐ Operacja chirurgiczna
☐ Leczenie szpitalne w wyniku wypadku komunikacyjnego (wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym)	☐ Operacja chirurgiczna w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐ Leczenie szpitalne w wyniku choroby nowotworowej	☐ Powikłania pooperacyjne
☐ Leczenie szpitalne ubezpieczonego na OIOM/OIT	☐ Powikłania pooperacyjne w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐ Leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym	☐ Inne ryzyka wskazane w polisie

3. Informacje dotyczące leczenia szpitalnego

Informacje o osobie, która przybywała w szpitalu*

Imię i nazwisko	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
	PESEL

* Jeśli leczenie szpitalne dotyczyło ubezpieczonego – nie musisz wypełniać tego punktu.

Okres pobytu w szpitalu (od-do) – podaj konkretne daty (DD:MM:RRRR)

Liczba dni _____	od _____	do _____	Pobyt: ☐ w szpitalu ☐ na OIOM/OIT ☐ na oddziale rehabilitacyjnym ☐ w sanatorium ☐ na oddziale psychiatrycznym
Liczba dni _____	od _____	do _____	Pobyt: ☐ w szpitalu ☐ na OIOM/OIT ☐ na oddziale rehabilitacyjnym ☐ w sanatorium ☐ na oddziale psychiatrycznym
Liczba dni _____	od _____	do _____	Pobyt: ☐ w szpitalu ☐ na OIOM/OIT ☐ na oddziale rehabilitacyjnym ☐ w sanatorium ☐ na oddziale psychiatrycznym
Liczba dni _____	od _____	do _____	Pobyt: ☐ w szpitalu ☐ na OIOM/OIT ☐ na oddziale rehabilitacyjnym ☐ w sanatorium ☐ na oddziale psychiatrycznym
Liczba dni _____	od _____	do _____	Pobyt: ☐ w szpitalu ☐ na OIOM/OIT ☐ na oddziale rehabilitacyjnym ☐ w sanatorium ☐ na oddziale psychiatrycznym

Podaj rodzaj schorzenia, który był przyczyną leczenia szpitalnego, leczenia na oddziale rehabilitacyjnym, leczenia specjalistycznego lub pobytu w sanatorium:

Okres czasowej niezdolności do pracy (po zakończeniu pobytu w szpitalu) – podaj konkretne daty (DD:MM:RRRR)

Liczba dni _____	od _____	do _____
Liczba dni _____	od _____	do _____

4. Informacje dotyczące operacji chirurgicznej

Data przeprowadzenia operacji (DD:MM:RRRR)	1. _____	2. _____	3. _____
--	----------	----------	----------

5. Informacje o nieszczęśliwym wypadku, który był przyczyną leczenia szpitalnego, leczenia na oddziale rehabilitacyjnym lub pobytu w sanatorium (wypełnij tylko, jeśli leczenie lub pobyt w sanatorium zostały spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem)

Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR, GG:MM)	_____
Miejsce i okoliczności wypadku	
Imiona i nazwiska, adresy oraz numery telefonów świadków wypadku (dane do kontaktu wykorzystamy w celu likwidacji roszczenia i wypłaty świadczenia)	
Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczył się po wypadku (nazwy placówek i adresy)	

W przypadku braku miejsca, dalsze informacje podaj na końcu druku lub na osobnej kartce i dołącz ją do zgłoszenia

Czy w chwili zdarzenia osoba, której dotyczy leczenie była w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości?	☐ nie ☐ tak	
Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?	☐ nie ☐ tak	Jeżeli tak, podaj adres policji:

6. Informacje dotyczące osoby zgłaszającej roszczenie

Imię i nazwisko	_____		
PESEL lub data urodzenia (w przypadku braku nr PESEL)	Numer i seria dokumentu tożsamości*	Obywatelstwo*	
Państwo urodzenia*	Rodzaj dokumentu tożsamości* ☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ karta pobytu (dotyczy obcokrajowca)	Data ważności dokumentu tożsamości* (DD:MM:RRRR) _____	

* Informacje niezbędne w celu realizacji obowiązków określonych w Ustawie z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Adres korespondencyjny przy likwidacji roszczenia

Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy _____	
E-mail**	Telefon komórkowy**	
☐ Wnoszę o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. w Sopocie (dalej: „ERGO Hestia”) korespondencji związanej z obsługą roszczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) na podane przeze mnie dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje w tym zakresie na wskazany w danych adres e-mail.**		

** Od podania tych danych i wyrażenia zgody nie uzależniamy możliwości rejestracji i obsługi roszczenia. Jeśli chcesz wyrazić zgodę – zaznacz okienko.

7. Dane do wypłaty świadczenia

☐ Przelewem do banku	Numer rachunku
☐ Przekazem pocztowym	Adres

8. Oświadczenie ubezpieczonego/zgłaszającego roszczenie

Ja niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe i kompletne.

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą zgłaszanych roszczeń i ich następstw.

Zobowiązuję się do zapoznania osób, których dane osobowe przekazałem/am ERGO Hestii w celu likwidacji roszczenia i wypłaty świadczenia (wykonania umowy ubezpieczenia) z zawartą w punkcie 12 klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

9. Podpis ubezpieczonego/zgłaszającego roszczenie

Imię i nazwisko	Data _____	Podpis
-----------------	---------------	--------

10. Podpis przedstawiciela ERGO Hestii

Potwierdzam dokonanie identyfikacji i weryfikacji tożsamości ww. osoby zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (art. 36 ust. 1 i art. 37 Ustawy) *:

- ☐ na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości
- ☐ za pomocą banku lub aplikacji mObywatel, z wykorzystaniem serwisu internetowego LIFE ID na stronie www.ids.ergohestia.pl

* zaznacz odpowiedni checkbox

Imię i nazwisko	Data _____	Podpis
-----------------	---------------	--------

11. Załączniki

1.	Kopia dokumentu tożsamości*
2.	Zgoda małżonka/partnera/dziecka na przetwarzanie ich danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu ich zachorowania i wypłaty ubezpieczonemu świadczeń zgodnie z umową**
3.	
4.	
5.	

* przesłaj kopię dokumentu tożsamości – chcemy zapewnić bezpieczeństwo Twoich danych zawartych w przesyłanej kopii dokumentu tożsamości, dlatego rekomendujemy, aby przesyłana nam kopia/ skan dokumentu została przekreślona i opatrzona adnotacją: „Kopia wykonana dla STUnŻ ERGO Hestia S.A. w celu zastosowania środków bezpieczeństwa finansowego”.

Dokument tożsamości może zweryfikować nasz przedstawiciel (po okazaniu mu dokumentu lub za pomocą banku lub aplikacji mObywatel, z wykorzystaniem serwisu internetowego LIFE ID na stronie www.ids.ergohestia.pl), zamiast przesyłania kopii.

Weryfikacja tożsamości osoby uprawnionej do świadczenia jest wymagana zgodnie z poniższymi przepisami Ustawy z dnia 01.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu:

- Art. 40 ust. 1: Instytucje obowiązane, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 8, będące stronami umowy ubezpieczenia, stosują wobec osób uprawnionych z tytułu tych umów środki bezpieczeństwa finansowego, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 1. Środki te są stosowane niezwłocznie po ustaleniu osób uprawnionych z tytułu umowy ubezpieczenia, nie później niż w momencie wypłaty świadczenia. Przepisy art. 34 ust. 4, art. 36 ust. 1 pkt 1 oraz art. 37 stosuje się odpowiednio.
- Art. 34 ust. 4: Instytucje obowiązane na potrzeby stosowania środków bezpieczeństwa finansowego mogą przetwarzać informacje zawarte w dokumentach tożsamości klienta i osoby upoważnionej do działania w jego imieniu oraz sporządzać ich kopie.
- Art. 37: Weryfikacja tożsamości klienta, osoby upoważnionej do działania w jego imieniu oraz beneficjenta rzeczywistego polega na potwierdzeniu ustalonych danych identyfikacyjnych na podstawie dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby fizycznej, dokumentu zawierającego aktualne dane z wyciągu z właściwego rejestru lub innych dokumentów, danych lub informacji pochodzących z wiarygodnego i niezależnego źródła w tym, o ile są dostępne, ze środków identyfikacji elektronicznej lub z odpowiednich usług zaufania określonych w rozporządzeniu 910/2014.

** dotyczy roszczeń z tytułu zachorowania małżonka/partnera/dziecka

12. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych	
Kto jest administratorem i inspektorem ochrony danych	Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. (dalej: ERGO Hestia/my). Kontakt z administratorem jest możliwy: 1. telefonicznie pod numerem 801 107 107 lub 58 555 55 55, 2. pisemnie wysyłając list na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, 3. elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-71115-41590-RJWRG-16. Administrator danych osobowych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz w celu skorzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych: 1. pisemnie wysyłając list na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, 2. elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-71115-41590-RJWRG-16, 3. elektronicznie na adres mailowy: iod@ergohestia.pl, 4. przez formularz kontaktowy w sekcji ochrona danych osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
W jakich celach przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe	Pani/Pana dane osobowe przetwarzamy, aby: 1. wykonać umowę ubezpieczenia, w tym przeprowadzić czynności ubezpieczeniowe i obsłużyć zgłoszone roszczenia, 2. zapewnić poprawność danych oraz zweryfikować jakość procesu obsługi roszczeń, 3. dochodzić roszczenia, 4. reasekurować ryzyko, 5. przeciwdziałać przestępstwom ubezpieczeniowym – w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom i wykorzystywania działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych, 6. rozpatrywać zgłoszone reklamacje i odwołania dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wnioski i zapytania skierowane do ERGO Hestii, 7. wypełnić obowiązki wynikające z przepisów prawa: • obowiązek przeciwdziałania praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu - Ustawa z dnia 1.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu nakazuje sprawdzić, czy nie zachodzą okoliczności, które uniemożliwiłyby wykonanie przez nas umowy ubezpieczenia, • wypełnienie międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenie ustawodawstwa FATCA (ang. Foreign Account Compliance Tax), • automatyczna wymiana informacji podatkowej z innymi państwami CRS (ang. Common Reporting Standard), • obowiązki wynikające z przepisu art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – dlatego przetwarzamy dane ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia dotyczące stanu zdrowia zawarte w umowach ubezpieczenia lub oświadczeniach składanych przed zawarciem umowy ubezpieczenia w celu wykonania umowy ubezpieczenia w zakresie niezbędnym z uwagi na cel i rodzaj ubezpieczenia, 8. wypełnić obowiązki w związku z sankcjami wprowadzanymi regulacjami międzynarodowymi i krajowymi m.in. Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, 9. świadczyć usługi drogą elektroniczną, 10. prowadzić obsługę klientów i interesantów za pośrednictwem infolinii – dane osobowe możemy przetwarzać w postaci nagrania rozmowy, 11. realizować cele analityczne i statystyczne.

Jakie są podstawy prawne przetwarzania danych	Przetwarzanie Pani/Pana danych wynika z podstaw prawnych, takich jak: 1. niezbędność do wykonania umowy ubezpieczenia, przeprowadzenia postępowania obsługi roszczenia, 2. prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę administratora, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia, obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową, analityka i statystyka, 3. wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych, które wynikają z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej, 4. uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należy administrator), jako podmiotu bezpośredniego zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane, 5. zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.
Komu możemy przekazać dane	Pani/Pana dane osobowe możemy przekazać: 1. zakładom reasekuracji, 2. innym zakładom ubezpieczeń w celu obsługi roszczenia – w przypadku udzielenia odrębnej zgody, 3. podmiotom wykonującym działalność leczniczą (placówkom medycznym), 4. innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych lub w przypadku udzielenia odrębnej zgody, 5. podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, aby w sposób prawidłowy realizować umowę ubezpieczenia i zapewnić odpowiednią organizację przedsiębiorstwa ERGO Hestii, m.in. dostawcom usług informatycznych (w tym m.in. dostawcom usług chmury obliczeniowej), pośrednikom ubezpieczeniowym, podmiotom przeprowadzającym badania satysfakcji z usług po ich wykonaniu, podmiotom świadczącym usługi archiwizacji dokumentów oraz realizującym wysyłkę korespondencji, podmiotom przeprowadzającym postępowania sądowe dotyczące roszczeń oraz realizującym czynności niezbędne dla obsługi roszczenia lub windykację należności, 6. innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody. Pani/Pana dane osobowe możemy przekazać do podmiotów, których siedziba znajduje się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, o ile będzie to konieczne dla wykonania umowy ubezpieczenia. Przekazanie będzie realizowane przy zapewnieniu odpowiedniego stopnia ochrony danych. Może Pan/Pani zażądać dalszych informacji o sposobach uzyskania kopii zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia.
Jakie przysługują Pani/Panu prawa	W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu prawa: 1. dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, 2. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, 3. do przenoszenia danych osobowych, czyli do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego; jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, na podstawie umowy lub w sposób zautomatyzowany to ma Pani/Pan prawo przesłania ich do innego administratora, 4. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, czyli organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, 5. do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem, 6. otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji w sposób automatyczny, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji. Aby skorzystać z wymienionych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych.
Jak długo przechowujemy Pani/Pana dane	1. Dane osobowe będziemy przechowywać do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa. W szczególności dotyczy to obowiązku przechowywania dokumentów księgowych o zawartej umowie ubezpieczenia i obowiązku przechowywania wynikającego z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu lub do momentu ustania prawnie uzasadnionego interesu administratora danych. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. 2. W przypadku udzielenia odrębnej zgody dane osobowe będziemy wykorzystywać do celów określonych w tej zgodzie do momentu jej wycofania lub do momentu ustania prawnie uzasadnionego interesu administratora danych. 3. Dane będziemy przetwarzać dla celów analitycznych i statystycznych przez okres nie dłuższy niż 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
Dlaczego podanie danych jest niezbędne	Podanie danych osobowych w związku ze zgłoszonym roszczeniem jest konieczne do przeprowadzenia procesu obsługi roszczenia oraz w związku z wykonywaniem obowiązków prawnych ciążących na administratorze. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości przeprowadzenia procesu obsługi roszczenia. Podanie danych w innych celach niż określone powyżej np. w celach marketingowych jest dobrowolne.
Skąd pozyskujemy dane	Dane pozyskujemy od ubezpieczonego lub zgłaszającego roszczenie w związku ze zgłoszeniem roszczenia: 1. dotyczące Pani/ Pana jako świadka zdarzenia, osoby udzielającej pierwszej pomocy, lekarza, pod opieką których znajdowała się osoba, której zdarzenie dotyczy – w zakresie: imię, nazwisko, telefon i adres i będziemy je przetwarzać w celu wykonania umowy ubezpieczenia, 2. dotyczące Pani/Pana zachorowania - w zakresie: imię, nazwisko, PESEL/ data urodzenia oraz dane dotyczące stanu zdrowia, które zbieramy w przypadku zgłoszenia roszczenia dotyczącego Pani/Pana zachorowania. Podstawą przetwarzania danych jest Pani/Pana zgoda, a w przypadku niepełnoletniego dziecka, zgoda jego opiekuna prawnego. Pani/Pana dane przetwarzane są w celu obsługi roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Pani/ Pana zachorowania i wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych Ubezpieczonemu zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia.