

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

NUMER POLISY

OPPIA-F011-1-0119-PDF

PROSIMY WYPEŁNIĆ WNIOSEK DRUKOWANYMI LITERAMI.

1. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU

- Śmierci Niezdolności do pracy
- Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku Niezdolności do samodzielnej egzystencji
- Dożycia Poważnego uszczerbku
- Przejęcia opłacania składek Pobytu w szpitalu lub operacji
- Poważnego zachorowania / ubezpieczenia dodatkowego kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania
- Wniosek o wypłatę zaliczki na poczet świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

2. DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA*

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko

Telefon komórkowy PESEL / data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL)

E-mail

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod Kraj

Miejscowość

3. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA (JEŻELI JEST INNA NIŻ OSOBA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA)*

Relacja pomiędzy osobą występującą z wnioskiem a osobą uprawnioną

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko

Telefon komórkowy PESEL / data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL)

E-mail

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod Kraj

Miejscowość

4. DANE UBEZPIECZONEGO (JEŻELI JEST TO OSOBA INNA NIŻ WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA)*

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko

Telefon komórkowy PESEL / data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL)

E-mail

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod Kraj

Miejscowość

*Podanie danych, informacji lub udzielenie zgód w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć niezbędne do wykonywania umowy ubezpieczenia, może także wynikać z przepisów prawa.

5. SPOSÓB WYPŁATY*

Przelew na rachunek bankowy

Inny sposób uzgodniony z Prudential

Imię i nazwisko / nazwa
właściciela rachunku

Numer rachunku
bankowego

ADRES ZAMELDOWANIA

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

PONIŻSZE SEKCJE WYPEŁNIANE SĄ ZGODNIE Z RODZAJEM ŚWIADCZENIA.

WYPŁATA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NW)*

Data śmierci Ubezpieczającego

Czy śmierć została spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem? tak nie

Jeśli nie, prosimy o podanie przyczyny śmierci:

Jeśli tak, prosimy o podanie okoliczności nieszczęśliwego wypadku:

Załączniki – prosimy o zaznaczenie załączników:

skrócony odpis aktu zgonu (oryginał),

karta statystyczna do karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie zawierające datę i przyczynę śmierci (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),

w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – oficjalny dokument z policji lub prokuratury opisujący okoliczności NW (oryginał lub kopia),

w przypadku śmierci spowodowanej chorobą – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia choroby będącej przyczyną śmierci (oryginały lub kopie),

kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby występującej z wnioskiem,

w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Uposażony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby (oryginał).

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO: na wypadek poważnego zachorowania, poważnego zachorowania plus, poważnego zachorowania dziecka, kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania, kompleksowego ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania, przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania*

Nazwa poważnego zachorowania

Data wystąpienia pierwszych objawów

Data diagnozy

Data wykonania zabiegu

Prosimy o podanie danych (imię i nazwisko) lekarza/y, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z ww. poważnym zachorowaniem:

Imię i nazwisko lekarza	Nazwa i adres ZOZ-u / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia

Załączniki – wymagane dokumenty (prosimy o zaznaczenie załączników):

pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania (w tym kopie wykonanych badań oraz diagnoza lekarza specjalisty) (oryginały lub kopie);

pełna dokumentacja medyczna dotycząca poważnego zachorowania, w tym karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań (oryginały lub kopie);

kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby występującej z wnioskiem,

w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby (oryginał).

*Podanie danych, informacji lub udzielenie zgód w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć niezbędne do wykonywania umowy ubezpieczenia, może także wynikać z przepisów prawa.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO: na wypadek niezdolności do pracy, na wypadek niezdolności dziecka do samodzielnej egzystencji, przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy*

Data powstania niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji

Przyczyna niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji

choroba wypadek

Okres zwolnienia lekarskiego

od

do

Choroba

Prosimy o podanie okoliczności zdarzenia będącego przyczyną niezdolności do pracy, jeżeli nie była ona spowodowana chorobą:

Prosimy o podanie danych (imię i nazwisko) lekarza/y, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z niezdolnością do pracy:

Imię i nazwisko lekarza	Nazwa i adres ZOZ-u / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia / data badania

Załączniki – wymagane dokumenty (prosimy o zaznaczenie załączników):

- pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie całkowitej i trwałej niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji, w tym karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań (oryginały lub kopie);
- orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, KRUS lub komisji lekarskiej przy urzędzie pracy potwierdzające całkowitą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej (oryginały lub kopie);
- w przypadku niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku – oficjalny dokument z policji lub prokuratury opisujący okoliczności wypadku (oryginał lub kopia);
- zwolnienia lekarskie lub opinia lekarska potwierdzające ciągłość niezdolności do pracy trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 180 dni (oryginały lub kopie);
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby występującej z wnioskiem;
- w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby (oryginał).

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO: na wypadek poważnego uszczerbku, przejścia opłacania składek na wypadek poważnego uszczerbku*

Data powstania uszczerbku

Czy uszczerbek był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem? tak nie

Jeśli tak, prosimy o podanie okoliczności nieszczęśliwego wypadku:

Czy uszczerbek był spowodowany chorobą? tak nie

Jeśli tak, prosimy o podanie szczegółów:

Nazwa choroby

Data wystąpienia pierwszych objawów

Data diagnozy

Data wykonania zabiegu

Prosimy o podanie danych (imię i nazwisko) lekarza/y, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z ww. chorobą:

Imię i nazwisko lekarza	Nazwa i adres ZOZ-u / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia / data badania

Załączniki:

- w przypadku uszczerbku spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – oficjalny dokument potwierdzający okoliczności nieszczęśliwego wypadku (oryginał lub kopia);
- w przypadku uszczerbku spowodowanego chorobą – pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie uszczerbku, w tym kopie wykonanych badań oraz diagnoza lekarza specjalisty (oryginały lub kopie);
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby występującej z wnioskiem;
- w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby (oryginał).

*Podanie danych, informacji lub udzielenie zgód w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć niezbędne do wykonywania umowy ubezpieczenia, może także wynikać z przepisów prawa.

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA DANYCH OSOBOWYCH

PONIŻEJ PRZEDSTAWIAMY WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH OSÓB UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZENIA.

1. KIM JESTEŚMY?

Informujemy, że Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-670) przy ul. Puławskiej 182 („Prudential”, „my”) jest administratorem Pana/Pani danych osobowych, takich jak dane adresowe, dane identyfikacyjne, informacje o relacji pomiędzy osobą występującą z wnioskiem a osobą uprawnioną, dane dotyczące rachunku bankowego i dane z dokumentów.

2. W JAKIM CELU, NA JAKIEJ PODSTAWIE PRAWNEJ I JAK DŁUGO BĘDZIEMY PRZETWARZAĆ PANA/PANI DANE OSOBOWE?

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez nas w następujących celach:

- 1) **wypłaty świadczenia** – na podstawie uzasadnionego interesu Prudential;
- 2) **reasekuracji ryzyka** – w tym celu udostępnimy Pana/Pani dane naszemu reasekuratorowi na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- 3) **statystycznych i/lub analitycznych** – na potrzeby rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz na podstawie uzasadnionego interesu Prudential;
- 4) **zapobiegania i wykrywania przestępczości** na podstawie uzasadnionego interesu Prudential (po nowelizacji przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej);
- 5) **realizacji przepisów o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami**, w tym przepisów FATCA (dotyczy produktów oszczędnościowych), oraz obowiązków związanych z **przeciwdziałaniem praniu brudnych pieniędzy i finansowaniu terroryzmu** – na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, a także przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami;
- 6) **rachunkowych**, na podstawie przepisów o rachunkowości;
- 7) **dochodzenia roszczeń Prudential oraz obrony praw Prudential w postępowaniu karnym** – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Prudential.

Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa.

3. KOMU PRZEKAZUJEMY PANA/PANI DANE OSOBOWE?

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą: zakłady ubezpieczeń lub reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, biura informacji gospodarczej, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Rzecznik Finansowy, kancelarie prawne, organy administracji państwowej, o ile zażądają udostępnienia Pana/Pani danych osobowych w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych będzie wynikał z przepisów prawa.

Ponadto Pana/Pani dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, mającym siedzibę w Wielkiej Brytanii, na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego („EOG”) lub na terytorium państw spoza EOG, takich jak Indie, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Prudential.

Kraje spoza EOG mogą nie oferować takiego samego poziomu ochrony danych osobowych jak kraje EOG. Zanim Pana/Pani dane osobowe zostaną przekazane poza EOG, Prudential dołoży wszelkich starań, aby takie przekazanie nie doprowadziło do obniżenia poziomu Pana/Pani ochrony zagwarantowanego na podstawie przepisów obowiązujących w krajach należących do EOG. Należyta ochrona Pana/Pani danych osobowych będzie zapewniona również w razie dalszego przekazania Pana/Pani danych osobowych z pierwotnego państwa trzeciego do innego (kolejnego) państwa trzeciego znajdującego się poza EOG.

W przypadku transferu Pana/Pani danych osobowych poza EOG, ich przekazywanie odbywać się będzie na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską.

Może Pan/Pani także poprosić o dodatkowe informacje w zakresie przekazywania danych poza EOG i uzyskać kopię przyjętych środków ochrony, kontaktując się z nami na zasadach określonych w pkt 5.

4. PANA/PANI PRAWA

1) Ma Pan/Pani prawo do żądania:

- a. **dostępu do swoich danych osobowych**, uzyskania potwierdzenia, czy Pana/Pani dane osobowe są wykorzystywane, uzyskania ich kopii oraz do uzyskania informacji m.in. o: celach wykorzystania, kategoriach danych osobowych, kategoriach odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, planowanym okresie przechowywania danych osobowych, a także o źródle ich pozyskania przez nas (art. 15 RODO – Rozporządzenia ogólnego o ochronie danych osobowych);
- b. **kopii danych osobowych, których nam Pan/Pani dostarczył/a, i przekazania** jej Panu/Pani lub innemu wskazanemu podmiotowi w powszechnie używanym, możliwym do odczytu komputerowego formacie, jeżeli wykorzystujemy Pana/Pani dane na podstawie zgody lub w celu wykonania umowy (art. 20 RODO);
- c. **sprostowania Pana/Pani danych osobowych**, gdy są niekompletne lub nieprawidłowe (art. 16 RODO);
- d. **usunięcia Pana/Pani wszystkich lub niektórych danych osobowych** (art. 17 RODO), jeżeli:
 - I. wycofał/a Pan/Pani zgodę, a nie mamy innej podstawy prawnej wykorzystania tych danych;
 - II. Pana/Pani dane osobowe przestały być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były wykorzystywane;
 - III. wniósł/wniosła Pan/Pani sprzeciw, który uznaliśmy za zasadny;
 - IV. Pana/Pani dane osobowe są wykorzystywane niezgodnie z prawem;
- e. **ograniczenia wykorzystania Pana/Pani danych osobowych** (art. 18 RODO), tj. zażądać, abyśmy zaprzestali ich wykorzystania (nie dotyczy to jednak przechowywania Pana/Pani danych osobowych) w sytuacjach, gdy:
 - I. kwestionuje Pan/Pani prawidłowość swoich danych osobowych – wówczas ograniczymy ich wykorzystanie na czas potrzebny nam do sprawdzenia prawidłowości Pana/Pani danych;
 - II. kwestionuje Pan/Pani zgodność z prawem wykorzystania przez nas danych osobowych;
 - III. nie potrzebujemy już tych danych, ale są one Panu/Pani potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub obrony jego/jej roszczeń;
 - IV. wniósł/wniosła Pan/Pani sprzeciw wobec wykorzystywania Pana/Pani danych – do czasu podjęcia przez nas decyzji co do zasadności sprzeciwu.

2) **Ma Pan/Pani również prawo do:**

- a. wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych z Pana/Pani szczególną sytuacją wobec wykorzystywania Pana/Pani danych osobowych na podstawie naszych prawnie uzasadnionych interesów; na skutek wniesienia sprzeciwu rozważymy, czy – ze względu na Pana/Pani szczególną sytuację – ochrona Pana/Pani interesów, praw i wolności przeważa nad interesami, które realizujemy, wykorzystując Pana/Pani dane osobowe; jeżeli Pana/Pani sprzeciw okaże się zasadny, a nie ma innej podstawy prawnej wykorzystania tych danych, usuniemy je (art. 21 ust. 1 RODO);
- b. cofnięcia wyrażonej zgody na wykorzystywanie danych osobowych w dowolnym momencie; cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem ich wykorzystywania na podstawie zgody przed jej cofnięciem (art. 7 RODO).

5. JAK MOŻNA SIĘ Z NAMI SKONTAKTOWAĆ?

W przypadku jakichkolwiek pytań, uwag i wniosków dotyczących niniejszej klauzuli, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z Prudential za pośrednictwem adresu e-mail: bok.rodod@prudential.pl, infolinii: 801 30 20 10 (czynnej od poniedziałku do piątku w godzinach: 9.00–18.00), drogą pisemną na adres siedziby Prudential podany w pkt 1 niniejszego dokumentu lub osobiście/telefonicznie z przedstawicielem Prudential.

Może Pan/Pani też skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych ustanowionym przez administratora danych pod adresem e-mail: IOD@prudential.pl.

Ma Pan/Pani również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam, że wszystkie dane w niniejszym wniosku podałem/am w dobrej wierze i zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

DATA I PODPIS OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

DATA I PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA

IMIĘ I NAZWISKO REPREZENTANTA

PESEL REPREZENTANTA

IMIĘ I NAZWISKO REPREZENTANTA

PESEL REPREZENTANTA

WNIOSEK O WYPŁATĘ ZALICZKI NA POCZET ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO*

Data śmierci Ubezpieczonego

Prosimy o podanie przyczyny śmierci:

Prosimy o podanie okoliczności śmierci:

Załączniki – wymagane dokumenty (prosimy o zaznaczenie załączników):

- karta statystyczna do karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie zawierające datę i przyczynę śmierci (oryginał),
- w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – oficjalny dokument z policji lub prokuratury opisujący okoliczności NW (oryginały lub kopie),
- w przypadku śmierci spowodowanej chorobą – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia choroby będącej przyczyną śmierci (oryginały lub kopie),
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby występującej z wnioskiem,
- w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Uposażony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby (oryginał).

Oświadczam, że wszystkie dane w niniejszym wniosku podałem/am w dobrej wierze i zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

DATA I PODPIS OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

DATA I PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA

IMIĘ I NAZWISKO REPREZENTANTA

PESEL REPREZENTANTA

IMIĘ I NAZWISKO REPREZENTANTA

PESEL REPREZENTANTA

*Podanie danych, informacji lub udzielenie zgód w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć niezbędne do wykonywania umowy ubezpieczenia, może także wynikać z przepisów prawa.