

NUMER DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „SPECJALNE UBEZPIECZENIE DLA DZIECI NA WYPADEK POWAŻNYCH ZDARZEŃ”

OPPIA-F023-2-0519-PDF

PROSIMY WYPEŁNIĆ WNIOSEK DRUKOWANYMI LITERAMI.

1. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU

- Śmierci Ubezpieczonego dziecka Poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka
 Śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku Poważnego uszczerbku Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

2. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA (JEŻELI INNA NIŻ UBEZPIECZONY)*

Podstawa prawna do reprezentowania osoby uprawnionej przez osobę występującą z wnioskiem (np. pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy)

<input type="text"/>	
Pierwsze imię <input type="text"/>	Drugie imię <input type="text"/>
Nazwisko <input type="text"/>	
Telefon komórkowy <input type="text"/>	PESEL / data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL) <input type="text"/>
Państwo urodzenia (jeśli nie ma nr. PESEL) <input type="text"/>	
Nr dowodu osobistego / kod kraju i nr paszportu (dot. obcokrajowców) <input type="text"/>	Obywatelstwo: polskie <input type="checkbox"/> inne (jakie) <input type="text"/>
E-mail <input type="text"/>	

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica <input type="text"/>			
Nr domu <input type="text"/>	Nr mieszkania <input type="text"/>	Kod <input type="text"/>	Kraj <input type="text"/>
Miejscowość <input type="text"/>			

ADRES KORESPONDENCYJNY (JEŚLI INNY NIŻ POWYŻEJ)

Ulica <input type="text"/>			
Nr domu <input type="text"/>	Nr mieszkania <input type="text"/>	Kod <input type="text"/>	Kraj <input type="text"/>
Miejscowość <input type="text"/>			

3. DANE REPREZENTANTA OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA (WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU SKŁADANIA WNIOSKU PRZEZ REPREZENTANTA)*

Prosimy o podanie rodzaju pokrewieństwa/relacji z Ubezpieczonym dzieckiem (np. rodzic, opiekun prawny).

<input type="text"/>	
Pierwsze imię <input type="text"/>	Drugie imię <input type="text"/>
Nazwisko <input type="text"/>	
Telefon komórkowy <input type="text"/>	
Państwo urodzenia (jeśli nie ma nr. PESEL) <input type="text"/>	
Nr dowodu osobistego / kod kraju i nr paszportu (dot. obcokrajowców) <input type="text"/>	Obywatelstwo: polskie <input type="checkbox"/> inne (jakie) <input type="text"/>
E-mail <input type="text"/>	

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica <input type="text"/>			
Nr domu <input type="text"/>	Nr mieszkania <input type="text"/>	Kod <input type="text"/>	Kraj <input type="text"/>
Miejscowość <input type="text"/>			

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

4. NUMER RACHUNKU*

Przelew na rachunek bankowy Inny sposób uzgodniony z Prudential

Imię posiadacza rachunku bankowego

Nazwisko posiadacza rachunku bankowego

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod Kraj

Miejscowość

Numer rachunku bankowego

W przypadku braku rachunku bankowego prosimy o kontakt z Prudential.

PONIŻSZE SEKCJE WYPEŁNIANE SĄ ZGODNIE Z RODZAJEM ŚWIADCZENIA.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA* : NA WYPADEK ŚMIERCI, NA WYPADEK ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data śmierci 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 lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem),
- karta statystyczna do karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie zawierające datę i przyczynę śmierci (kopia),
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość uposażonego lub uprawnionego,
- w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż uposażony / uprawniony do świadczenia – pełnomocnictwo do reprezentowania osoby uposażonej/uprawnionej (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem).

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA* : NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, NA WYPADEK POWAŻNEGO USZCZERBKU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data diagnozy

Prosimy o podanie informacji o lekarzu/ach, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku ze zdiagnozowaniem raka:

Imię i nazwisko lekarza	Nazwa i adres ZOZ-u / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Załączniki – wymagane dokumenty (prosimy o zaznaczenie załączników):

- dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę zachorowania na raka, w tym wynik badania histopatologicznego, karty informacyjne leczenia szpitalnego;
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uposażonego lub uprawnionego;
- w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż rodzic Ubezpieczonego dziecka uprawniony do jego reprezentacji – dokument potwierdzający prawo do działania w imieniu Ubezpieczonego dziecka (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem).

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

Data śmierci Czy śmierć została spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem? tak nie

Jeśli nie, prosimy o podanie przyczyny śmierci:

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

Jeśli tak, prosimy o podanie okoliczności nieszczęśliwego wypadku:

Załączniki – wymagane dokumenty (prosimy o zaznaczenie załączników):

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

WYPŁATA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA LUB PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADEK Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA*

Nazwa poważnego zachorowania	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Data wystąpienia pierwszych objawów	<input style="width: 100%; text-align: center;" type="text"/>
Data diagnozy	<input style="width: 100%; text-align: center;" type="text"/>
Data wykonania zabiegu	<input style="width: 100%; text-align: center;" type="text"/>

Prosimy o podanie informacji o lekarzu/ach, 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 (kopie);
- pełna dokumentacja medyczna dotycząca poważnego zachorowania, w tym karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań (kopie);
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość uposażonego lub uprawnionego;
- w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem).

DODATKOWE INFORMACJE*

*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 udostępniemy Pana/Pani dane naszemu reasekuratorowi na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Prudential;
- 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 przepisów 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.rod@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.

Działając w imieniu Ubezpieczonego dziecka, zgadzam się na przetwarzanie przez Prudential jego danych osobowych o stanie zdrowia, podanych przeze mnie w formularzu wniosku o wypłatę świadczenia.

MIEJSCOWOŚĆ

DATA

PODPIS OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM

6. OŚWIADCZENIE KONSULTANTA LUB PRACOWNIKA ODDZIAŁU

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

IMIĘ I NAZWISKO KONSULTANTA

NUMER

ODDZIAŁ

PODPIS