

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

OPPIA-F011-6-0121-PDF

PROSIMY WYPEŁNIĆ WNIOSEK DRUKOWANYMI LITERAMI.

NUMER POLISY

1. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU

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

2. DANE UBEZPIECZONEGO*

| | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|
| 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"/> |
| E-mail | <input type="text"/> | | |
| Państwo urodzenia | <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"/> |

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

| | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|
| 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"/> |
| E-mail | <input type="text"/> | | |
| Państwo urodzenia | <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"/> |

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 (JEŻELI 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"/> | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|--|--|--|--|
| Relacja pomiędzy osobą występującą z wnioskiem a osobą uprawnioną | <input type="text"/> | | | | | | |
| Pierwsze imię | <input type="text"/> | Drugie imię | <input type="text"/> | | | | |
| Nazwisko | <input type="text"/> | | | | | | |
| Telefon komórkowy | <input type="text"/> | | | | | | |
| E-mail | <input type="text"/> | | | | | | |
| Państwo urodzenia | <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"/> | | | | |

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

DOTYCZY WYŁĄCZNIE MAŁOLETNIICH UBEZPIECZONYCH

Oświadczam, że jestem osobą umocowaną do działania w imieniu małoletniego ubezpieczonego w charakterze przedstawiciela ustawowego.

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod Kraj

Miejscowość

5. 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.

WYPŁATA Z TYTUŁU ŚMIERCI LUB ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NW)*

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),
- 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), nie dotyczy umów z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,
- 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).**

** Potwierdzenie może zostać dokonane przez Konsultanta, pracownika Prudential w Oddziale bądź w Centrali, przez notariusza lub organ właściwy do ich wydania.

*** Zamiast przedłożenia wraz z wnioskiem kopii dowodu osobistego możliwe jest potwierdzenie tożsamości u Konsultanta Prudential lub w oddziale Prudential.

Jeśli zdarzenie dotyczy umów: Oszczędności na plus, Emerytura bez obaw, Start w życie, Pewny Kapitał, Pru Inwestycja konserwatywna/zrównoważona, należy wypełnić część OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FATCA I CRS:

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FATCA I CRS OSOBY UPRAWNIONEJ (DOTYCZY UMÓW OSZCZĘDNOŚCI NA PLUS, OSZCZĘDNOŚCI BEZ OBAW, EMERYTURA BEZ OBAW, START W ŻYCIU, PEWNY KAPITAŁ, PRU INWESTYCJA KONSERWATYWNA/ZRÓWNOWAŻONA)

1. Niniejsze oświadczenie składane jest w celu wypełnienia obowiązków nałożonych na polskie instytucje finansowe przez ustawę z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz ustawę z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Wskazane wyżej obowiązki obejmują identyfikację Klientów będących rezydentami podatkowymi innych krajów (w tym Stanów Zjednoczonych) lub kontrolowanych przez rezydentów podatkowych innych krajów (w tym Stanów Zjednoczonych) oraz przekazanie danych dotyczących zawartych przez nich umów ubezpieczenia do organów administracji podatkowej państw, w których rezydencja takich osób została zidentyfikowana (w tym amerykańskiego urzędu skarbowego Internal Revenue Services – IRS), za pośrednictwem polskich organów podatkowych.

2. Prudential ma prawo zweryfikować prawdziwość danych zawartych w oświadczeniu i w razie podejrzenia, iż dane złożone w oświadczeniu są nieprawdziwe, może prosić o przedłożenie przez Klienta dodatkowych dokumentów w celu potwierdzenia tych danych.

3. Klient ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia.

4. Wskazanie rezydencji podatkowej innej niż Polska w niniejszym oświadczeniu nakłada na Prudential obowiązki sprawozdawcze w zakresie przekazywania do organów administracji podatkowej państwa wskazanego w tabeli powyżej (za pośrednictwem polskich organów podatkowych) danych dotyczących polisy i jej Posiadacza. Przekazywanymi danymi są w szczególności imię i nazwisko, adres, data i miejsce urodzenia, numer identyfikacji podatkowej, numer polisy, wartość wykupu, płatności uzyskane z tytułu umowy ubezpieczenia oraz inne dane wymagane przepisami prawa.

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

WYJAŚNIENIA STOSOWANYCH POJĘĆ ODNOŚĄCYCH SIĘ DO REZYDENCJI PODATKOWEJ

Rezydencja podatkowa danego państwa oznacza podleganie opodatkowaniu od całości dochodów zgodnie z przepisami prawa wewnętrznego tego państwa, ze względu na miejsce zamieszkania lub inne kryterium o podobnym charakterze.

Przykładowo zgodnie z ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych opodatkowaniu od całości dochodów w Polsce podlegają osoby fizyczne, które mają miejsce zamieszkania na terytorium Polski, tj.:

- 1) posiadają centrum interesów życiowych lub gospodarczych (ośrodek interesów życiowych) w Polsce lub
- 2) przebywają na terytorium Polski dłużej niż 183 dni.

Prawo krajowe innych państw może przewidywać odmienne warunki powstania rezydencji podatkowej w tych państwach. Do powstania rezydencji podatkowej może prowadzić np. podejmowanie pracy lub długotrwały pobyt w danym państwie. Rezydencję podatkową należy określać z uwzględnieniem odpowiednich umów o unikaniu podwójnego opodatkowania.

W szczególnych przypadkach możliwe jest posiadanie więcej niż jednej rezydencji podatkowej. W takiej sytuacji prosimy o podanie wszystkich krajów, w których Posiadacz rachunku jest rezydentem. W razie wątpliwości w zakresie ustalenia Państwa rezydencji podatkowej mogą skonsultować się Państwo z wybranym przez Państwa doradcą podatkowym.

Podatnikiem Stanów Zjednoczonych (osobą amerykańską) jest podmiot prawny, który ma siedzibę lub miejsce założenia w Stanach Zjednoczonych, lub osoba fizyczna, która posiada obywatelstwo amerykańskie lub jest rezydentem Stanów Zjednoczonych dla celów podatkowych. Definicja rezydenta podatkowego Stanów Zjednoczonych obejmuje, w szczególności, osoby mające miejsce zamieszkania na terenie Stanów Zjednoczonych, posiadaczy „zielonej karty” lub osoby przebywające na terytorium Stanów Zjednoczonych przez okres dłuższy niż 183 dni w danym roku kalendarzowym. Szczegółowa definicja podatnika Stanów Zjednoczonych (osoby amerykańskiej) zawarta jest w przepisach kodeksu podatkowego Stanów Zjednoczonych (Internal Revenue Code).

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że posiadam wyłącznie polską rezydencję podatkową.

tak nie

W przypadku odpowiedzi „NIE” proszę podać wszystkie kraje rezydencji podatkowej.

| Kraj rezydencji podatkowej | Numer identyfikacji podatkowej (TIN/NIP) w kraju innej rezydencji podatkowej (wpisz „X”, jeżeli numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji) |
|----------------------------|--|
| | |
| | |
| | |

NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE ZGODNIE Z WEWNĘTRZNYMI PRZEPISAMI STANÓW ZJEDNOCZONYCH AMERYKI JESTEM PODATNIKIEM STANÓW ZJEDNOCZONYCH AMERYKI:

tak nie

Numer TIN (amerykański numer podatkowy, wypełnić w przypadku odpowiedzi „TAK”)

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO*

- na wypadek poważnego zachorowania
- na wypadek poważnego zachorowania plus
- na wypadek 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 informacji o lekarzu/ach, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z ww. poważnym zachorowaniem:

| Specjalizacja | 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);
- 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).**

** Potwierdzenie może zostać dokonane przez Konsultanta, pracownika Prudential w Oddziale bądź w Centrali, przez notariusza lub organ właściwy do ich wydania.

*Podanie danych we wniosku umożliwi sprawne rozpatrzenie roszczenia. Jeśli na moment składania wniosku nie wszystkie dane są dostępne, mogą zostać uzupełnione po złożeniu wniosku.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO*

- na wypadek niezdolności do pracy
 na wypadek niezdolności dziecka do samodzielnej egzystencji
 przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy

Data powstania niezdolności do pracy /
niezdolności do samodzielnej egzystencji

Okres zwolnienia lekarskiego od do

Przyczyna niezdolności do pracy /
niezdolności do samodzielnej egzystencji choroba wypadek

Choroba

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

Prosimy o podanie informacji o lekarzu/ach, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z niezdolnością do pracy:

| Specjalizacja | 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 (kopie);
 orzeczenie komisji lekarskiej ZUS/KRUS lub komisji lekarskiej przy urzędzie pracy potwierdzające całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej (kopie);
 w przypadku niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku – oficjalny dokument z policji lub prokuratury opisujący okoliczności wypadku (kopia);
 zwolnienia lekarskie lub opinia lekarska potwierdzające ciągłość niezdolności do pracy trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 180 dni (kopie);
 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).**

** Potwierdzenie może zostać dokonane przez Konsultanta, pracownika Prudential w Oddziale bądź w Centrali, przez notariusza lub organ właściwy do ich wydania.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO*

- na wypadek poważnego inwalidztwa/uszczerbku
 przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego inwalidztwa/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 informacji o lekarzu/ach, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z ww. chorobą:

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

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

Załączniki:

- w przypadku uszczerbku spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – oficjalny dokument potwierdzający okoliczności nieszczęśliwego wypadku (kopia);
- w przypadku uszczerbku spowodowanego chorobą – pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie uszczerbku, w tym kopie wykonanych badań oraz diagnoza lekarza specjalisty (kopie);
- 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).**

** Potwierdzenie może zostać dokonane przez Konsultanta, pracownika Prudential w Oddziale bądź w Centrali, przez notariusza lub organ właściwy do ich wydania.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO (POBYT W SZPITALU LUB OPERACJA)*

| | | | | |
|------------------------|----|----------------------|----|----------------------|
| czas pobytu w szpitalu | od | <input type="text"/> | do | <input type="text"/> |
| czas pobytu w szpitalu | od | <input type="text"/> | do | <input type="text"/> |
| czas pobytu na OIOM | od | <input type="text"/> | do | <input type="text"/> |
| czas pobytu na OIOM | od | <input type="text"/> | do | <input type="text"/> |
| data operacji | | <input type="text"/> | | |
| data operacji | | <input type="text"/> | | |

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

Załączniki:

- w przypadku pobytu w szpitalu – karta informacyjna z pobytu w szpitalu (kopia);
- w przypadku pobytu na OIOM – dokument potwierdzający długość leczenia na OIOM (kopia);
- w przypadku operacji – dokument potwierdzający przebieg operacji (kopia);
- 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).**

** Potwierdzenie może zostać dokonane przez Konsultanta, pracownika Prudential w Oddziale bądź w Centrali, przez notariusza lub organ właściwy do ich wydania.

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

Data śmierci Ubezpieczonego

Prosimy o podanie przyczyny śmierci:

Prosimy o podanie okoliczności śmierci:

DODATKOWE INFORMACJE*

*Podanie danych we wniosku umożliwi sprawne rozpatrzenie roszczenia. Jeśli na moment składania wniosku nie wszystkie dane są dostępne, mogą zostać uzupełnione po złożeniu wniosku.

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA DANYCH OSOBOWYCH

PONIŻEJ PRZEDSTAWIAMY WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH OSÓB UPRAWNIIONYCH 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 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 lub Stany Zjednoczone, 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.

MIEJSCOWOŚĆ

DATA

PODPIS OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z WNIOSEM

6. OŚWIADCZENIE KONSULTANTA LUB PRACOWNIKA ODDZIAŁU

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

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

PODPIS

IMIĘ I NAZWISKO KONSULTANTA

NUMER

ODDZIAŁ