

NUMER DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „DOBRY POCZĄTEK Z PRUDENTIAL” ADL/1/2017, KID/1/2017, GR/1/2020

OPPIA-F023-4-1120-PDF

PROSIMY WYPEŁNIĆ WNIOSEK DRUKOWANYMI LITERAMI.

1. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU

- Śmierć Ubezpieczonego/Ubezpieczonego dziecka
- Śmierć Ubezpieczonego/Ubezpieczonego dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- Poważnego uszczerbku/inwalidztwa Ubezpieczonego dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- Poważne zachorowanie dziecka

2. DANE UBEZPIECZONEGO*

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko

Telefon komórkowy PESEL / data urodzenia (dotyczy dzieci)

3. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA*

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko

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

Państwo urodzenia

Nr dowodu osobistego / kod kraju i nr paszportu (dot. obcokrajowców) Obywatelstwo: polskie inne (jakie)

E-mail

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod Kraj

Miejscowość

ADRES KORESPONDENCYJNY (JEŚLI INNY NIŻ POWYŻEJ)

Ulica

Nr domu Nr mieszkania Kod Kraj

Miejscowość

4. 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).

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

Pierwsze imię Drugie imię

Nazwisko

Telefon komórkowy

E-mail

Państwo urodzenia

Nr dowodu osobistego / kod kraju i nr paszportu (dot. obcokrajowców) Obywatelstwo: polskie inne (jakie)

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

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 W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU*

dotyczy dziecka tak nie

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 nieszczęśliwego wypadku (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).**

** 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.

* 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 NA WYPADEK POWAŻNEGO USZCZERBKU/INWALIDZTWA DZIECKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU*

Załączniki – wymagane dokumenty (prosimy o zaznaczenie załączników):

Data powstania uszczerbku. Prosimy o podanie okoliczności nieszczęśliwego wypadku:

dokument potwierdzający okoliczności nieszczęśliwego wypadku (kopia),

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).**

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

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU*

Dotyczy dziecka tak nie

czas pobytu w szpitalu od do

Minimalny pobyt w szpitalu 4 dni, maksymalny 14 dni.

Załączniki – prosimy o zaznaczenie załączników:

karta informacyjna z pobytu w szpitalu (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.

WYPŁATA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA*

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:

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);

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.

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 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 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