

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA



Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia (prosimy zaznaczyć właściwe pola zgodnie z posiadanym zakresem ubezpieczenia):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> URODZENIE DZIECKA | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ RODZICA |
| <input type="checkbox"/> URODZENIE DZIECKA MARTWEGO/PORONIENIE | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ RODZICA MAŁŻONKA/PARTNERA |
| <input type="checkbox"/> URODZENIE DZIECKA WYMAGAJĄCEGO LECZENIA | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ DZIECKA |
| <input type="checkbox"/> INNE ZDARZENIE (JAKIE?) | |

Numer polisy
Numer certyfikatu

Prosimy pamiętać o:

- Wypełnieniu wniosku drukowanymi literami oraz podaniu wyczerpujących informacji. Sekcje oznaczone literami **A, B, C, D, E, G** powinny zostać wypełnione w każdym przypadku.
- Załączeniu kompletu dokumentów wymienionych w sekcji **H**.
W przypadku podpisania oświadczenia w sekcji **G** nie ma konieczności potwierdzania kopii dokumentów za zgodność z oryginałem.
- Załączeniu tłumaczenia na język polski wykonanego przez tłumacza przysięgłego, jeśli dokumentacja lub jej część została sporządzona w innym języku.
- Wysłaniu wniosku wraz z kompletem wymaganych dokumentów na adres Unum Życie TUIR S.A., al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa.

Powiadomienie o aktualnym statusie zgłoszenia, a także o konieczności uzupełnienia dokumentów lub informacji prześlemy w terminie 7 dni od daty otrzymania wniosku.

A. UBEZPIECZAJĄCY (np. zakład pracy, stowarzyszenie)

B. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ

<input type="text"/> Imię	<input type="text"/> Nazwisko
------------------------------	----------------------------------

<input type="text"/> PESEL	<input type="text"/> Państwo urodzenia	<input type="text"/> Telefon komórkowy*
-------------------------------	---	--

E-mail*

Adres do korespondencji:

<input type="text"/> Miejscowość	<input type="text"/> Kod pocztowy
-------------------------------------	--------------------------------------

<input type="text"/> Ulica	<input type="text"/> Nr domu	<input type="text"/> Nr mieszkania
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

* Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może ułatwić kontakt, a tym samym przyspieszyć proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia. W przypadku wyrażenia zgody na kontakt telefoniczny lub za pośrednictwem poczty elektronicznej prosimy o zaznaczenie właściwego pola w sekcji G (Zgoda na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną).

C. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

Oświadczenie zbierane jest na potrzeby realizacji przepisów ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Zgodnie z ustawą za osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub pełniącą znaczące funkcje publiczne uznaje się m.in. szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, członków parlamentu, członków sądów najwyższych, członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych oraz spółek z większościami udziałem Skarbu Państwa, a także bliskich współpracowników takich osób oraz członków rodziny takich osób (rodziców, małżonków, dzieci).

Pełne definicje pojęć osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne, osób znanych jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne oraz członków rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne znajdują się odpowiednio w art. 2 ust. 2 pkt 3, 11 i 12 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

TAK NIE

D. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

D D M M R R R R	
Data zdarzenia	Miejsce zdarzenia

Zdarzenie dotyczące Dziecka wymagającego leczenia:

<input type="checkbox"/> urodzonego jako wcześniak	<input type="checkbox"/> urodzonego z wadą wrodzoną
<input type="checkbox"/> które przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar	<input type="checkbox"/> które przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar

Zdarzenie dotyczące śmierci Rodzica Ubezpieczonego/ Rodzica Małżonka/ Rodzica Partnera/ Dziecka z powodu:

choroby nieszczęśliwego wypadku

Okoliczności i przyczyna zgonu (opis)

Czy zdarzenie nastąpiło w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych? Tak Nie Nie dotyczy

Czy w związku ze zdarzeniem sporządzono protokół powypadkowy lub kartę wypadku? Tak* Nie Nie dotyczy
* Prosimy załączyć kopię protokołu powypadkowego lub karty wypadku.

Czy w związku ze zdarzeniem na miejscu wypadku była obecna policja lub czy policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub nadal prowadzą postępowanie wyjaśniające? Tak* Nie Nie dotyczy

* Prosimy załączyć kopię dokumentacji wraz z numerem sprawy. W przypadku braku dokumentacji prosimy wskazać pełne adresy jednostek prowadzących postępowanie wraz z numerem sprawy.

Nazwa i adres jednostki prowadzącej postępowanie

Numer sprawy

E. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

Wypłata świadczenia może być zrealizowana wyłącznie na rachunek bankowy osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia. Prosimy o wybranie jednego sposobu wypłaty świadczenia:

Przelew na rachunek bankowy (rekomendowana forma wypłaty świadczenia ze względu na bezpieczeństwo oraz szybszy termin realizacji)

Właściciel rachunku
Numer rachunku

Przekaz pocztowy na adres (do kwoty 3500 zł – mniej dogodna i wydłużona forma z uwagi na procesy pocztowe)

Imię	Nazwisko	
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	Miejscowość	

F. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZONYM ROSZCZENIEM

Kto jest administratorem moich danych i z kim mogę się kontaktować?

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa (dalej jako „Unum”). Z administratorem danych można kontaktować się poprzez adres e-mail: kontakt@num.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.unum.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Unum.
- W wszelkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności korzystania z przysługujących Pani/Panu praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, można kontaktować się z wyznaczonym w Unum Inspektorem Ochrony Danych poprzez adres e-mail: iod@unum.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.unum.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Unum (najlepiej z dopiskiem „RODO”).

Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych

- Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane przez Unum w następujących celach:

Cel przetwarzania	Podstawa prawna przetwarzania
Wykonanie umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprosowanie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia, dołączonych do wniosku dokumentów dotyczących zgłaszanego zdarzenia, w tym kopii tych dokumentów, dokumentów zgromadzonych na etapie weryfikacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłaty świadczenia.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum; niezbędność przetwarzania do zawarcia i wykonania umowy; zgoda na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z raportowaniem obowiązków wynikających z umowy pomiędzy rządem Rzeczypospolitej Polskiej a rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki (tzw. FATCA) oraz z przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych i wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa ubezpieczeniowego, m.in. w zakresie zarządzania ryzykiem, obowiązków raportowych i sprawozdawczych.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających z przepisów regulujących prowadzenie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z innych przepisów prawa polskiego oraz unijnego.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających m.in. z przepisów prawa podatkowego oraz przepisów o rachunkowości.
Przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum oraz innych zakładów ubezpieczeń (tj. przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń).
Dochodzenie roszczeń i obrona przed roszczeniami w związku z zawartą umową ubezpieczenia na życie.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. dochodzenie i obrona przed roszczeniami).

Przez jaki okres dane osobowe mogą być przechowywane?

- Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych zależy od celu ich przetwarzania i wynosi:
 - w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia na życie oraz dochodzeniem roszczeń i obroną przed roszczeniami z nią związanymi – do czasu przedawnienia tych roszczeń (okres ten wynika z Kodeksu cywilnego, przepisów prawa ubezpieczeniowego);
 - w związku z realizacją obowiązków prawnych – do czasu wygaśnięcia obowiązku (np. dokumenty księgowe, w tym zawarte w nich dane, wymagają przechowywania przez okres 5 lat);
 - w związku z marketingiem bezpośrednim – do czasu zgłoszenia Pani/Pana sprzeciwu lub wycofania stosownej zgody.

Komu dane osobowe mogą być przekazywane?

- Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym podmiotom:
 - innym zakładom ubezpieczeń – w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń oraz realizacją obowiązków prawnych ciążących na Unum;
 - podmiotom działającym na podstawie przepisów prawa (organom publicznym), w tym m.in. Komisji Nadzoru Finansowego oraz Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – w związku z realizacją obowiązków prawnych ciążących na Unum;
 - podmiotom świadczącym na rzecz Unum usługi, w tym np. dostawcom usług w zakresie orzecznictwa medycznego, dostawcom usług informatycznych, dostawcom usług prawnych i doradczych – w związku ze świadczeniem tych usług.

Przekazywanie danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy

- Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane również do niektórych podwykonawców dostawców systemów informatycznych, którzy znajdują się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, co do których Komisja Europejska nie stwierdziła odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych.
- Dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję Europejską decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską. Może Pani/Pan otrzymać kopię dokumentu regulującego przetwarzanie Państwa danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym po kontakcie z Inspektorem Ochrony Danych.

Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?

- Podanie danych osobowych w celu realizacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego jest dobrowolne, jednak bez podania danych osobowych nie jest możliwe zrealizowanie takiego zgłoszenia.

Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

- Przysługują Pani/Panu w związku z przetwarzaniem danych osobowych określone prawa, w tym: (i) prawo dostępu do danych osobowych dotyczących Pani/Pana; (ii) prawo do sprostowania tych danych; (iii) prawo do usunięcia tych danych, (iv) prawo do ograniczenia przetwarzania tych danych; (v) prawo do przenoszenia tych danych – na zasadach określonych w przepisach o ochronie danych osobowych, w tym w unijnym Rozporządzeniu o ochronie danych osobowych 2016/679 („RODO”).
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja prawnie uzasadnionych interesów, ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych dotyczących Pani/Pana, w szczególności w związku z ich przetwarzaniem dla celów marketingu bezpośredniego.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia lub na przekazanie reasekuratorowi danych dotyczących zdrowia skutkować może brakiem możliwości wykonania umowy ubezpieczenia na życie lub brakiem możliwości reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych.
- Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

G. ZGODY I OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte w niniejszym wniosku są wyczerpujące, prawdziwe i prawidłowo zapisane.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż dane osobowe podane w niniejszym wniosku są zbierane i przetwarzane w związku z obowiązkami nałożonymi na zakłady ubezpieczeń zgodnie z przepisami prawa regulującymi przeciwdziałanie praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum – na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum – od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, informacji, w tym kopii dokumentacji medycznej, o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Unum moich danych osobowych, w tym dotyczących zdrowia, podanych na wniosku o wypłatę świadczenia oraz w innych dokumentach związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę* Nie wyrażam zgody* na udostępnienie przez Unum innym zakładom ubezpieczeń (na ich wniosek) oraz Unum przez inne zakłady ubezpieczeń (na wniosek Unum) moich danych osobowych lub mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, przetwarzanych przez Unum oraz inne zakłady ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia oraz informacji o przyczynie śmierci mojej lub mojego dziecka, lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Zgoda na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną:

- Wyrażam zgodę* Nie wyrażam* zgody na otrzymywanie korespondencji dotyczącej zgłaszanego wniosku o wypłatę świadczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności na adres e-mail oraz numer telefonu podane w niniejszym wniosku. W przypadku niewyrażenia zgody korespondencja będzie przekazywana za pośrednictwem poczty tradycyjnej.

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak udzielenia zgody.

Oświadczenie o kopiach dokumentów

- Oświadczam, że załączone do wniosku kopie dokumentów są zgodne z posiadanymi przeze mnie oryginałami lub potwierdzonymi za zgodność z oryginałami przez właściwe podmioty kserokopiami dokumentów.

Informujemy, iż podanie informacji nieprawdziwych lub zatajenie informacji prawdziwych może stanowić podstawę odmowy wypłaty świadczenia przez Unum. Ponadto informujemy, iż podrobienie lub przerobienie dokumentu, a także posługiwanie się takim dokumentem jako autentycznym może spowodować negatywne konsekwencje określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, w tym może zostać uznane za przestępstwo w rozumieniu Kodeksu karnego.

D D M M R R R R R R

Data wypełnienia wniosku

Czytelny podpis ubezpieczonego

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak udzielenia zgody.

H. DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Urodzenie dziecka:

- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka

Urodzenie dziecka martwego/poronienie:

- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka z adnotacją „dziecko martwo urodzone”
- Inne dokumenty, np. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego w celu potwierdzenia tygodnia ciąży

Urodzenie dziecka wymagającego leczenia:

- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka
- Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie Dziecka wymagającego leczenia oraz karta przebiegu ciąży
- Kopia dokumentacji medycznej Dziecka potwierdzającej diagnozę wady wrodzonej
- W przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – kopia dokumentacji potwierdzającej przysposobienie

Śmierć dziecka:

- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka
- Kopia karty statystycznej do karty zgonu lub inny dokument stwierdzający przyczynę śmierci
- W przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)

Śmierć rodzica:

- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica
- W przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu Macochy/Ojczyrna – potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego
- W przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)

Śmierć rodzica małżonka/(-ki):

- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica Małżonka/(-ki)
- Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa
- W przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu Macochy/ Ojczyrna Małżonka/(-ki) – potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego Małżonka/(-ki)
- W przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)

Śmierć rodzica partnera/(-ki)

- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica Partnera/(-ki)
- Kopia dowodu tożsamości Partnera/(-ki)
- W przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)