WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
CLAIM FORM

Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia *(zaznacz właściwe pola zgodnie z posiadanym zakresem ubezpieczenia):*
This is a claim for *(check the appropriate box, as per your scope of coverage)*:

- ☐ **URODZENIE DZIECKA** / CHILDBIRTH
- ☐ **URODZENIE DZIECKA MARTWEGO/PORONIENIE** / STILL BIRTH/MISCARRIAGE
- ☐ **URODZENIE DZIECKA WYMAGAJĄCEGO LECZENIA** / BIRTH OF A CHILD IN NEED OF MEDICAL CARE
- ☐ **INNE ZDARZENIE (JAKIE?)** / OTHER (PLEASE SPECIFY) .....
- ☐ **ŚMIERĆ RODZICA** / DEATH OF A PARENT
- ☐ **ŚMIERĆ RODZICA MAŁŻONKA/PARTNERA** / DEATH OF A PARENT OF THE SPOUSE/PARTNER
- ☐ **ŚMIERĆ DZIECKA** / DEATH OF A CHILD

Numer polisy/ Policy number

Numer certyfikatu/ Certificate number

Pamiętaj o:/ It is important to:

Wypełnieniu wniosku DRUKOWANYMI LITERAMI oraz podaniu wyczerpujących informacji.
Sekcje oznaczone literami **A, B, C, D, E, G** powinny zostać wypełnione w każdym przypadku.
Fill out the Claim Form in BLOCK LETTERS and provide full information.
Sections **A, B, C, D, E, G** should always be filled out.

Załączeniu kompletu dokumentów wymienionych w sekcji **H**.
W przypadku podpisania oświadczenia w sekcji **G** nie ma konieczności potwierdzania kopii dokumentów za zgodność z oryginałem.
Attach all the documents listed in **H**.
If you sign the declaration in **G**, there is no need to certify duplicate copies as true copies.

Załączeniu tłumaczenia na język polski wykonanego przez tłumacza przysięgłego, jeśli dokumentacja lub jej część została sporządzona w innym języku.
If all or some of the documentation was made in another language, make sure to attach sworn translation into Polish.

Wysłaniu wniosku wraz z kompletem wymaganych dokumentów na adres Unum Życie TUiR S.A., ul. Łucka 9, 00-842 Warszawa.
Send the Claim Form and all required documents to: Unum Życie TUiR S.A., ul. Łucka 9, 00-842 Warszawa.

Powiadomienie o aktualnym statusie zgłoszenia, a także o konieczności uzupełnienia dokumentów lub informacji prześlemy w terminie 7 dni od daty otrzymania wniosku.
Your Claim Form status notification and a request for additional documentation or information (if any) will be sent within 7 days from Claim Form receipt.

A. UBEZPIECZAJĄCY (NP. ZAKŁAD PRACY, STOWARZYSZENIE)/ POLICY HOLDER (E.G., EMPLOYER, ASSOCIATION)

B. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ/ LIFE INSURED DETAILS

Imię/ First name

Nazwisko/ Surname

PESEL/ PESEL No.

Państwo urodzenia/ Place of birth (country)

Telefon komórkowy*/ Mobile*

E-mail*/ Email*

Adres do korespondencji:
Mailing address:

Miejscowość/ City/Town

Kod pocztowy/ Zip code

Ulica/ Street

Nr domu/ House No.

Nr mieszkania/ Apartment No.

* *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 zaznacz właściwe pole w sekcji G (Zgoda na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną).*
You are not required to provide your mobile phone number or your email address, but these contacts may facilitate and speed up the processing of your claim. If you agree to be contacted by phone or by email, please check the appropriate box in G (Electronic Communications Consent).

Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, ul. Łucka 9, 00-842 Warszawa, Spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy w wysokości 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, with registered office in Warsaw, Poland at ul. Łucka 9, 00-842 Warszawa; a Company entered in the register of entrepreneurs kept by the District Court for the Capital City of Warsaw in Warsaw, XIII Commercial Division of the National Court Register, under the numbers: KRS 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, with the share capital of PLN 60,000,000.00, paid in full.

C. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO/ POLITICALLY EXPOSED PERSONS (PEPS)

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 większościowym udziałem Skarbu Państwa, a także bliskich współpracowników takich osób oraz członków rodziny takich osób (rodziców, małżonków, dzieci).
According to Anti-Money Laundering and Counter Terrorist Financing (AML&CTF) Law, the definition of a person holding a politically exposed position or performing a significant public function covers, inter alia, heads of state, heads of government, ministers, deputy ministers, members of parliament, members of the supreme courts, members of administrative, management or supervisory bodies of state enterprises and companies with majority ownership of the State Treasury, as well as close associates of such persons or family members of such persons (their parents, spouses, children).
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.
For full definitions of a PEP, their close associate or family member, please refer to Article 2(2)(3), (11) and (12) of the AML and CTF Law of March 1, 2018, respectively.
Prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.
Please check the appropriate box. If neither box is checked, your Claim Form will not be processed.

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.
This is to represent that I am a politically exposed person, or a person known to be a close associate of a politically exposed person, or a family member of a politically exposed person.

☐ Tak Yes ☐ Nie No

D. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA/ INSURABLE EVENT DETAILS

D D M M R R R R
Data zdarzenia/ Date of the event

Miejsce zdarzenia/ Place of the event

Zdarzenie dotyczące Dziecka wymagającego leczenia:
Child in need of special medical care:

☐ urodzonego jako wcześniak
born prematurely

☐ urodzonego z wadą wrodzoną
with a congenital defect

☐ które przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar
with 1- 4 Apgar score at birth

☐ które przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar
with 5 - 8 Apgar score at birth

Zdarzenie dotyczące śmierci Rodzica Ubezpieczonego/ Rodzica Małżonka/ Rodzica Partnera/ Dziecka z powodu:
Death of Parent of the Life Insured/Parent of the Spouse/Parent of the Partner/Child of the Life Insured due to:

☐ choroby
disease

☐ nieszczęśliwego wypadku
accident

Okoliczności i przyczyna zgonu (opis):
Description of the circumstances and cause of death:

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?
Did the event occur after alcohol consumption or in the state of alcohol intoxication, having used or under the influence of drugs, intoxicating substances, psychotropic substances, alternative measures or new psychoactive substances?

☐ Tak Yes ☐ Nie No ☐ Nie dotyczy N/A

Czy w związku ze zdarzeniem sporządzono protokół powypadkowy lub kartę wypadku?
** Załącz kopię protokołu powypadkowego lub karty wypadku.*
Was there an accident report or an official note drafted in connection with the event?
** Attach a duplicate copy of the report or note.*

☐ Tak* Yes* ☐ Nie No ☐ Nie dotyczy N/A

Czy w związku ze zdarzeniem na miejscu wypadku była obecna policja lub czy policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub nadal prowadzą postępowanie wyjaśniające?
Were the police present at the scene or was/is there an investigation conducted by the police, prosecutor's office or court in connection with the event?

☐ Tak* Yes* ☐ Nie No ☐ Nie dotyczy N/A

** Załącz kopię dokumentacji wraz z numerem sprawy. W przypadku braku dokumentacji wskaż pełne adresy jednostek prowadzących postępowanie wraz z numerem sprawy.*
** Attach a duplicate copy of documentation, together with the case number. If no documentation is available, provide full address details of the authorities that attend(ed) to the case, together with the case number.*

Nazwa i adres jednostki prowadzącej postępowanie:
Name and address of the authority attending to the case:

Numer sprawy:
Case number:

E. WYPŁATA ŚWIADCZENIA/ CLAIM PAYMENT

Wypłata świadczenia może być zrealizowana wyłącznie na rachunek bankowy osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
Wybierz jeden sposób wypłaty świadczenia.
The claim can only be paid to the bank account held by the person entitled to receive the benefit.
Select one of the following modes of payment:

☐ **Przelew na rachunek bankowy** *(rekomendowana forma wypłaty świadczenia ze względu na bezpieczeństwo oraz szybszy termin realizacji)*
Transfer to the bank account *(recommended for security reasons and shorter processing time)*

Właściciel rachunku/ Account holder

Numer rachunku/ Account number

☐ **Przekaz pocztowy na adres** *(do kwoty 3500 zł – mniej dogodna i wydłużona forma z uwagi na procesy pocztowe)*
Postal remittance to the mailing address *(up to the amount of PLN 3500; less convenient and more time consuming due to postal procedures)*

Imię/ First name

Nazwisko/ Surname

Ulica/ Street

Nr domu/ House No.

Nr mieszkania/ Apartment No.

–

Kod pocztowy/ Zip code

Miejscowość/ City/Town

F. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZONYM ROSZCZENIEM
PERSONAL DATA PROCESSING IN CONNECTION WITH THE CLAIM

Kto jest administratorem moich danych i z kim mogę się kontaktować?/ Who is the controller of my personal data and the contact person?

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Łucka 9, 00-842 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.
The controller of your personal data is Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna with registered office in Warsaw, at ul. Łucka 9, 00-842 Warszawa (hereinafter referred to as 'Unum'). Data controller can be contacted via e-mail address: kontakt@unum.pl; via contact form at: www.unum.pl; by telephone: +48 800 33 55 33; or in writing to the address of Unum registered office.
2. We 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").
In all matters related to personal data processing, in particular, your rights associated with personal data processing, you may contact the Data Protection Officer designated in Unum via e-mail address: iod@unum.pl; via contact form at: www.unum.pl; by telephone: +48 800 33 55 33; or in writing to the address of Unum registered office (preferably with a note reading 'GDPR/RODO').

Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych/ Purpose and legal basis for the processing of personal data

3. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane przez Unum w następujących celach:
Your personal data can be processed by Unum as specified below:

Cel przetwarzania/ Purpose	Podstawa prawna przetwarzania/ Legal basis
Wykonanie umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprocesowanie 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. Execution of the life insurance contract, including processing of the Claim Form; the documents concerning the reported event attached to the Claim Form, including duplicate copies of these documents; the documents collected at the stage of verification of the reported event and claim payment.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum; niezbędność przetwarzania do zawarcia i wykonania umowy; zgoda na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia. Compliance with legal obligations applicable to Unum; processing required for contract conclusion and performance; permission for the processing of health data.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Compliance with legal obligations related to counteracting money laundering and financing of terrorism.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Compliance with AML and CTF legal obligations applicable to Unum.
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. Compliance with legal obligations related to reporting obligations under the agreement between the government of the Republic of Poland and the government of the United States of America (FATCA) and automatic exchange of tax information with other countries.	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. Compliance with legal obligations applicable to Unum in relation to international tax provisions and FATCA, as well as the provisions on automatic exchange of tax information with other countries.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa ubezpieczeniowego, m.in. w zakresie zarządzania ryzykiem, obowiązków raportowych i sprawozdawczych. Compliance with legal obligations related to insurance laws and regulations including, in particular, risk management and reporting requirements.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających z przepisów regulujących prowadzenie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Compliance with legal obligations applicable to Unum in relation to insurance and reinsurance operation.

Realizacja obowiązków prawnych wynikających z innych przepisów prawa polskiego oraz unijnego. Compliance with legal obligations related to other laws and regulations in Poland and the European Union.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających m.in. z przepisów prawa podatkowego oraz przepisów o rachunkowości. Compliance with legal obligations applicable to Unum to in relation to tax and accounting laws and regulations, inter alia.
Przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń. Insurance fraud prevention.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum oraz innych zakładów ubezpieczeń (tj. przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń). Protection of legitimate interests of Unum and other insurance companies (i.e., counteracting insurance fraud).
Dochodzenie roszczeń i obrona przed roszczeniami w związku z zawartą umową ubezpieczenia na życie. Enforcement of claims or defence against claims in connection with life insurance contract.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. dochodzenie i obrona przed roszczeniami). Protection of Unum legitimate interests (i.e. enforcement of claims or defence against claims).

Przez jaki okres dane osobowe mogą być przechowywane?
How long can personal data be stored?

4. Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych zależy od celu ich przetwarzania i wynosi:
   The deadline for storage of your personal data depends on the purpose for which the data is processed:
   - 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);
     for performance of a life insurance contract and enforcement of claims or defence against claims arising under life insurance contract – until those claims have expired (claim expiry date is provided for in the Civil Code, insurance law provisions);
   - 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);
     for compliance with laws and regulations – until the underlying requirement has expired (e.g., accounting documents, including the data contained therein, must be stored for five years);
   - w związku z marketingiem bezpośrednim – do czasu zgłoszenia Pani/Pana sprzeciwu lub wycofania stosownej zgody.
     for direct marketing purposes – until you have stated your objection or withdrawn your permission.

Komu dane osobowe mogą być przekazywane?
Who can personal data be shared with?

5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym podmiotom:
   Your personal data can be shared with the following entities:
   - innym zakładom ubezpieczeń – w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń oraz realizacją obowiązków prawnych ciążących na Unum;
     other insurance companies – in connection with prevention of fraud against insurance companies and to ensure compliance with legal obligations applicable to 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;
     organizations operating under the law (public authorities) including, *inter alia*, the Polish Financial Supervision Authority and the General Inspector of Financial Information – in connection with legal obligations applicable to 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.
     organizations that provide services to Unum, including service providers in the field of medical services, IT services, legal and advisory services – in connection with the provision of those services.

Przekazywanie danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy
Transfer of data outside the European Economic Area

6. 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.
   Your personal data may be transferred to some IT subcontractors based in the countries outside the European Economic Area, which have not been acknowledged by the European Commission as providing an adequate level of personal data protection.
7. 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.
   Personal data transfer outside the European Economic Area is based on applicable laws and regulations, in particular, the decisions issued by the European Commission or the standard data protection clauses endorsed by the European Commission. For a copy of the document governing the processing of your data outside the European Economic Area, please contact Data Protection Officer.

Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?
Is it mandatory for me to disclose my personal data?

8. Podanie danych osobowych w celu realizacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego jest dobrowolne, jednak bez podania danych osobowych nie jest możliwe zrealizowanie takiego zgłoszenia.
   Disclosure of personal data in connection with the reported insurable event is voluntary, but the claim cannot be processed if the data is not disclosed.

Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych
The rights related to personal data processing

9. 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").
   You have certain rights in connection with the processing of personal data, including: (i) the right to access your personal data; (ii) the right to rectify the data; (iii) the right to delete the data; (iv) the right to restrict the processing of the data; (v) the right to transfer the data – in accordance with the rules set out in the provisions on personal data protection, including the EU Data Protection Regulation 2016/679 ('GDPR').
10. 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.
    To the extent your personal data is processed for the purpose of legitimate interest, you may object to the processing of your personal data, in particular as regards processing for a direct marketing purpose.
11. 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.
    To the extent your personal data is processed based on your permission, you may withdraw your permission at all times. Such withdrawal shall not affect the lawfulness of permission-based processing done prior to permission withdrawal. The withdrawal of the permission for the processing of health data or for transfer of health data to the reinsurer may make it impossible to perform the life insurance contract or to reinsure the risks.
12. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
    You may file a complaint before the supervisory authority responsible for personal data protection oversight, which is the President of the Office for Personal Data Protection in Poland.

G. ZGODY I OŚWIADCZENIA/ AUTHORISATIONS AND REPRESENTATIONS

1. Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte w niniejszym wniosku są wyczerpujące, prawdziwe i prawidłowo zapisane.
   This is to represent that, to the best of my knowledge and belief, all the responses and information put on this Claim Form are complete, true and accurate.
2. 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.
   This is to represent that I have been informed that the personal data provided in this Claim Form is collected and processed in connection with the obligations applicable to insurance companies in accordance with AML and CTF laws.
3. 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.
   I give my consent for Unum to obtain - upon request from a physician authorised by Unum and from the facilities that provide medical services as per the regulations governing medical service provision, which have provided or will provide health services to myself or to my child who is under my legal guardianship and care – the information, including copies of medical records, which pertain to the circumstances related to insurance underwriting and verification of my health data, determination of the right to insurance benefit under insurance contract concluded for my behalf and the amount of such benefit, with the exception of genetic test results.
4. 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.
   I give my consent for Unum to process my personal data, including my health data, provided on the Claim Form or in other documents related to the execution of the insurance contract.
5. ☐ 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.
   ☐ I authorise* ☐ I do not authorise* Unum to share with other insurance companies, at their own request, and other insurance companies to share with Unum, at Unum's request, my personal data or the personal data of my child who is under my legal guardianship and care, processed by Unum and by other insurance companies to the extent required in order to determine the right of the insured to the benefit and the amount of such benefit under insurance contract as well as the information on the cause of my death of the cause of death of my child, or any information that might be necessary in order to determine the right of the beneficiary under insurance contract to the benefit and the amount of such benefit.

Zgoda na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną:/ Electronic Communications Consent:

6. ☐ 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.*

   ☐ I agree* ☐ I do not agree* to receive mail concerning the Claim Form via electronic means of communication, in particular, to the email address and telephone number provided in this Claim Form. If consent is not given, the mail will be forwarded via snail mail

   ** Please check as appropriate. If neither box is checked, it is understood that the consent was not granted.*

Oświadczenie o kopiach dokumentów/ Duplicate copies

7. 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.
   This is to represent that the duplicate copies of documents attached to the Claim Form are consistent with the originals in my possession or with the photocopies of documents certified as true copies by relevant authorities.

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.

Please be advised that providing false information or failure to disclose full information may result in refusal to pay the benefit. In addition, please be informed that forging or altering a document, as well as presenting such a document as an authentic one, may have negative implications provided for in generally applicable laws and regulations, the Criminal Code included.

D D M M R R R R

Data wypełnienia wniosku/ Date of the Claim Form

Czytelny podpis ubezpieczonego/ Legible signature of the Life Insured

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

** Please check as appropriate. If neither box is checked, it is understood that the consent was not granted.*

H. DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DOCUMENTS REQUIRED FOR THE CLAIM FORM TO BE PROCESSED

Urodzenie dziecka:
Childbirth:

1. Wniosek o wypłatę świadczenia
   Claim Form
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego *(np. dowód osobisty, paszport)*
   Duplicate copy of ID document of the Life Insured *(e.g., an ID card, a passport)*
3. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka
   Duplicate copy of a short form Birth Certificate of the Child

Urodzenie dziecka martwego/poronienie:
Birth of a Stillborn Child/Miscarriage:

1. Wniosek o wypłatę świadczenia
   Claim Form
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego *(np. dowód osobisty, paszport)*
   Duplicate copy of ID document of the Life Insured *(e.g., an ID card, a passport)*
3. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka z adnotacją „dziecko martwo urodzone"
   Duplicate copy of a short form Birth Certificate of the Child with the annotation that the Child was stillborn
4. Inne dokumenty, np. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego w celu potwierdzenia tygodnia ciąży
   Other records, e.g., a duplicate copy of hospital information chart in order to confirm pregnancy age

Urodzenie dziecka wymagającego leczenia:
Birth of a Child in need of Medical Care:

1. Wniosek o wypłatę świadczenia
   Claim Form
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego *(np. dowód osobisty, paszport)*
   Duplicate copy of ID document of the Life Insured *(e.g., an ID card, a passport)*
3. Odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka
   Duplicate copy of a short form Birth Certificate of the Child
4. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie Dziecka wymagającego leczenia oraz karta przebiegu ciąży
   Duplicate copy of medical records in evidence of birth of a Child in need of medical care and the pregnancy card
5. Kopia dokumetacji medycznej Dziecka potwiedzającej diagnozę wady wrodzonej
   Duplicate copy of medical records of the Child with evidence of congenital defect diagnosis
6. W przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – kopia dokumentacji potwierdzającej przysposobienie
   If the Child is adopted, adoption documents

Śmierć dziecka:
Death of a Child:

1. Wniosek o wypłatę świadczenia
   Claim Form
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego *(np. dowód osobisty, paszport)*
   Duplicate copy of ID document of the Life Insured *(e.g., an ID card, a passport)*
3. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka
   Duplicate copy of a short form Death Certificate of the Child
4. Kopia karty statystycznej do karty zgonu lub inny dokument stwierdzający przyczynę śmierci
   Duplicate copy of Death Statistical Chart or, if unavailable, other medical documentation certifying to the cause of death
5. 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.)
   If death resulted from an accident, relevant documentation such as a police report, an official note in the case of a traffic accident, an accident file, etc.

Śmierć rodzica:
Death of a Parent:

1. Wniosek o wypłatę świadczenia
   Claim Form
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego *(np. dowód osobisty, paszport)*
   Duplicate copy of ID document of the Life Insured *(e.g., an ID card, a passport)*
3. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica
   Duplicate copy of a short form Death Certificate of the Parent
4. W przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu Macochy/Ojczyma – potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego
   If the event involves death of a Stepmother/Stepfather, certified true copy of the short form Death Certificate of the biological parent
5. 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.)*
   If death resulted from an accident, relevant documentation such as a police report, an official note in the case of a traffic accident, an accident file, etc.

Śmierć rodzica małżonka/(-ki):
Death of Spouse's Parent:

1. Wniosek o wypłatę świadczenia
   Claim Form
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego *(np. dowód osobisty, paszport)*
   Duplicate copy of ID document of the Life Insured *(e.g., an ID card, a passport)*
3. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica Małżonka/(-ki)
   Duplicate copy of a short form Death Certificate of a Parent of the Spouse
4. Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa
   Duplicate copy of a short form Marriage Certificate
5. W przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu Macochy/ Ojczyma Małżonka/(-ki) – potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego Małżonka/(-ki)
   If the event involves death of a Stepmother/Stepfather of the Spouse, certified true copy of the short form Death Certificate of the biological parent of the Spouse
6. 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.)*
   If death resulted from an accident, relevant documentation such as a police report, an official note in the case of a traffic accident, an accident file, etc.

Śmierć rodzica partnera/(-ki)
Death of Partner's Parent

1. Wniosek o wypłatę świadczenia
   Claim Form
2. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego *(np. dowód osobisty, paszport)*
   Duplicate copy of ID document of the Life Insured *(e.g., an ID card, a passport)*
3. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica Partnera/(-ki)
   Duplicate copy of a short form Death Certificate of Partner's Parent
4. Kopia dowodu tożsamości Partnera/(-ki)/
   Duplicate copy of ID document of the Partner
5. 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.)*
   If death resulted from an accident, relevant documentation such as a police report, an official note in the case of a traffic accident, an accident file, etc.

Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, ul. Łucka 9, 00-842 Warszawa, Spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy w wysokości 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, with registered office in Warsaw, Poland at ul. Łucka 9, 00-842 Warszawa; a Company entered in the register of entrepreneurs kept by the District Court for the Capital City of Warsaw in Warsaw, XIII Commercial Division of the National Court Register, under the numbers: KRS 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, with the share capital of PLN 60,000,000.00, paid in full.