



Czy został sporządzony protokół powypadkowy (dotyczy wypadku w pracy)? Tak  Nie

Czy leczenie zostało zakończone? Tak  Nie  Jeśli nie, przewidywana data zakończenia

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak  Nie  Jeśli nie, przewidywana data zakończenia

Okres zwolnienia lekarskiego: od         do

Czy Ubezpieczony w trakcie wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych? Tak  Nie

Czy w sprawie zdarzenia toczy się postępowanie wyjaśniające, prowadzone przez policję, prokuraturę, sąd? Tak  Nie

Jeśli tak, prosimy o podanie adresów jednostek policji/prokuratury/sądu prowadzących postępowanie, a także o dołączenie posiadanych dokumentów dotyczących sprawy oraz podanie numeru sprawy.

#### G. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY (prosimy wypełnić w przypadku zdarzenia spowodowanego chorobą)

Data rozpoznania stanu chorobowego będącego przyczyną zgłaszanego zdarzenia:

Czy zgłaszana choroba (operacja/poważne zachorowanie) związana jest z chorobą/obrażeniami ciała rozpoznanymi i leczonymi przed zawarciem umowy ubezpieczenia?

Tak  Nie

Prosimy o dołączenie historii choroby z przebiegu leczenia.

Krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia:

#### H. INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA I HOSPITALIZACJI (dotyczy nieszczęśliwego wypadku i choroby)

Prosimy o wskazanie danych lekarzy prowadzących leczenie oraz danych adresowych placówek medycznych (pełne nazwy i adresy), w których Ubezpieczony/Małżonek/Partner/Dziecko byli badani lub leczeni w związku ze zgłaszanym zdarzeniem (nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą).

Prosimy o wskazanie danych lekarza oraz adresu przychodni lekarza rodzinnego, w której zarejestrowany jest Ubezpieczony/Małżonek/Partner/Dziecko:

Pobyty na przepustkach (jeżeli Ubezpieczony/Małżonek/Partner/Dziecko podczas pobytu w szpitalu korzystali z przepustek, prosimy wpisać okresy wszystkich przepustek – należy wypełnić w przypadku pobytu w szpitalu):

od         do         ; od         do         ;  
od         do         ; od         do         ;

#### I. DANE DOTYCZĄCE SPOSOBU WYPŁATY ŚWIADCZENIA (prosimy o wpisanie sposobu wypłaty świadczenia)

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

Właściciel rachunku

Numer rachunku

Adres zamieszkania właściciela rachunku (jeśli właściciel rachunku nie jest osobą uprawnioną do świadczenia):

Ulica  Nr domu    Nr lokalu

Kod pocztowy   -    Miejscowość

Przekaz pocztowy na adres

Imię i nazwisko adresata

Adres: Ulica  Nr domu    Nr lokalu

Kod pocztowy   -    Miejscowość

## J. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZONYM ROSZCZENIEM

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

1. 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@unum.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.unum.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Unum.
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”).

### Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych

#### 3. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane przez Unum w następujących celach:

CEL PRZETWARZANIA	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
Wykonanie umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprocesowanie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia, dołączonych do wniosku dokumentów dotyczących zgłaszanego zdarzenia, w tym kserokopii 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.
Reasekuracja ryzyk ubezpieczeniowych.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia na życie); zgoda na przekazanie reasekuratorowi 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?

4. 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 księgowo, 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?

5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym podmiotom:
  - zakładom reasekuracji, w tym General Reinsurance AG z siedzibą w Kolonii (Niemcy) oraz RGA International Reinsurance Company Dac z siedzibą w Dublinie (Irlandia) – w związku z reasekuracją ryzyk ubezpieczeniowych;
  - 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

6. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane podmiotom z grupy kapitałowej, do której należy Unum, do Stanów Zjednoczonych Ameryki. Stany Zjednoczone Ameryki nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające na swym terytorium odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.
7. Przekazywanie danych osobowych do Stanów Zjednoczonych Ameryki odbywa się na podstawie stosownej umowy, zawierającej standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską. Może Pani/Pan otrzymać kopię tej umowy – w tej sprawie prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych.

### Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?

8. 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 (Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub następcy tego organu – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

## K. ZGODY I OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte we 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 lub będą udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz moją lub mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia lub stanie zdrowia mojego dziecka, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci mojej lub mojego dziecka, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum (na jej wniosek) od Narodowego Funduszu Zdrowia danych (nazw i adresów) świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, w związku z weryfikacją danych dotyczących stanu zdrowia dla celów ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Unum moich danych osobowych podanych na wniosku o wypłatę świadczenia w tym dotyczących stanu mojego zdrowia zakładowi reasekuracji, w sytuacji gdy jest to wymagane w związku z reasekuracją ryzyk ubezpieczeniowych.
- \* Wyrażam zgodę  \* Nie wyrażam zgody na udostępnianie przez Unum innym zakładom ubezpieczeń (na ich wniosek) oraz przez inne zakłady ubezpieczeń (na wniosek Unum) danych osobowych moich 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 Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- Jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne\*\*.  Tak\*\*\*  Nie\*\*\*

Data wypełnienia wniosku

Osoba wypełniająca wniosek – zaznaczyć właściwe pole:  Ubezpieczony  Uposażony  Małżonek  Partner życiowy  Dziecko

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uposażonego

Czytelny podpis Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka

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

\*\* Oświadczenie zbierane na potrzeby Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Zgodnie z ustawą za takie osoby uznaje się m.in. (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, w szczególności, posłów, senatorów, ministrów, dyrektorów organów państwowych oraz (b) bliskich współpracowników oraz (c) członków rodziny takich osób (rodziców, małżonków, dzieci). Pełna definicja dostępna jest na stronie internetowej [www.unum.pl](http://www.unum.pl) w zakładce Strefa Klienta/Polisy Grupowe.

\*\*\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

## Zgody i oświadczenia Partnera Życiowego lub Małżonka lub Pełnoletniego dziecka Ubezpieczonego\*

- 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 lub będą udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz moją, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci mojej, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Unum danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia w celu wykonania umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprosowanie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia i wypłatę świadczenia.
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum (na jej wniosek) od Narodowego Funduszu Zdrowia danych (nazw i adresów) świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, w związku z weryfikacją danych dotyczących stanu zdrowia dla celów ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.

Data wypełnienia wniosku

Czytelny podpis Małżonka/Partnera Życiowego/Pełnoletniego dziecka

\* Wymagane tylko, jeżeli zgłaszane zdarzenie dotyczy Partnera Życiowego lub Małżonka lub Pełnoletniego dziecka Ubezpieczonego.



- Sanatorium – Kserokopia karty informacyjnej z pobytu w sanatorium oraz skierowanie na NFZ
- OIOM – Kserokopia karty leczenia z oddziału intensywnej opieki medycznej  
**Jeśli Ubezpieczony posiada zakres ochrony rozszerzony o pobyt w szpitalu z dzieckiem:**
- Karta informacyjna leczenia szpitalnego dziecka
- Kserokopia odpisu aktu urodzenia dziecka
- Zaświadczenie ze szpitala potwierdzające całonocny pobyt Ubezpieczonego z dzieckiem w szpitalu
- Śmierć Ubezpieczonego/Śmierć Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu:**
- Wniosek o wypłatę świadczenia, wypełniony przez każdego z Uposażonych
- Kserokopia dowodu tożsamości każdego z Uposażonych (np. dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolna – dla osób niepełnoletnich, jeśli nie posiadają dowodu osobistego)
- Oryginał skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego
- Kserokopia dokumentu określającego przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu lub inna dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci)  
**Dokumenty opcjonalne:**
- Inna dokumentacja (np. kserokopia protokołu z sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzana, postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające, jeśli jest w posiadaniu Uposażonego, lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)
- Dokumentacja potwierdzająca zawał serca lub udar mózgu (np. EKG, echo serca w przypadku zawału; CT, PET przypadku udaru lub protokół sekcji zwłok)
- Leczenie specjalistyczne:**
- Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- Dokumentacja medyczna potwierdzająca rodzaj zastosowanego leczenia specjalistycznego
- Śmierć małżonka albo partnera żyłowego/Śmierć małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku:**
- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kserokopia skróconego odpisu aktu zgonu małżonka albo partnera życiowego
- Kserokopia dokumentu określającego przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu lub inny dokument stwierdzający przyczynę zgonu)
- Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa
- Dokument opisujący okoliczności śmierci: jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku, należy dołączyć kserokopię dokumentu opisującego okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, tj. protokół sporządzony przez komisję w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)
- Operacje chirurgiczne na skutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby:**
- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego z poradni, szpitala (np. historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników badań)
- Opis wykonanej operacji (np. protokół pooperacyjny) – jeśli nie został zamieszczony w karcie leczenia szpitalnego  
**Jeśli operacja chirurgiczna jest skutkiem obrażeń doznanych w wypadku:**
- Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, tj. protokół powypadkowy sporządzony przez komisję w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres policji/prokuratury prowadzących sprawę)
- W uzasadnionych przypadkach dokumentacja medyczna lub adresy placówki medycznej, w której Ubezpieczony był leczony przed przystąpieniem do umowy oraz przed poddaniem się zabiegowi operacyjnemu (w tym skierowanie na zabieg operacyjny)
- Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu:**
- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Dokumentacja potwierdzająca zawał serca lub udar mózgu (np. zawał serca: zapisy EKG, wynik badania echo serca/udar mózgu: wyniki CT (tomografia komputerowa) i/lub MRI (magnetyczny rezonans jądrowy) lub PET (pozytonowa tomografia emisyjna)
- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia i rehabilitacji
- Kserokopia pełnej dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego w poradni, szpitalu (np. historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników wykonywanych badań, wyniki konsultacji specjalistycznych itp.)
- Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku/Trwałe inwalidztwo na skutek nieszczęśliwego wypadku:**
- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego z poradni, szpitala (np. historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników badań, np. RTG, USG, MR, TK, karty konsultacji specjalistycznych, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej bezpośrednio po zajściu wypadku np. przez pogotowie ratunkowe, szpitalny oddział ratownictwa, informacja o przebytej rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS itp.)
- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia i rehabilitacji  
**Dokumenty opcjonalne:**
- Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, tj. protokół sporządzony przez komisję w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)
- W uzasadnionych przypadkach dokumentacja medyczna lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był leczony przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia
- Poważna choroba Ubezpieczonego:**
- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego z poradni, szpitala (np. historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników badań, np. RTG, USG, MR, TK, karty konsultacji specjalistycznych, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej bezpośrednio po zajściu wypadku np. przez pogotowie ratunkowe, szpitalny oddział ratownictwa, wyniki badań histopatologicznych, echo serca – w przypadku zawału, wyniki badań lub konsultacji neurologicznych – w przypadku udaru mózgu itp.)  
**Dokumenty opcjonalne:**
- Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, tj. protokół powypadkowy sporządzony przez komisję w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres policji/prokuratury prowadzących sprawę)
- W uzasadnionych przypadkach dokumentacja medyczna lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był leczony przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia
- Poważna choroba Małżonka/Dziecka:**
- Wniosek o wypłatę świadczenia
- Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)
- Dokumentacja potwierdzająca pokrewieństwo (kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa, odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka lub inny dokument stwierdzający pokrewieństwo)
- Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej małżonka/dziecka/partnera z poradni, szpitala (np. historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników badań, np. RTG, USG, MR, TK, karty konsultacji specjalistycznych, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej bezpośrednio po zajściu wypadku np. przez pogotowie ratunkowe, szpitalny oddział ratownictwa, wyniki badań histopatologicznych, echo serca – w przypadku zawału, wyniki badań lub konsultacji neurologicznych – w przypadku udaru mózgu itp.)  
**Dokumenty opcjonalne:**
- Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, tj. protokół powypadkowy sporządzony przez komisję w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres policji/prokuratury prowadzących sprawę)
- W uzasadnionych przypadkach dokumentacja medyczna lub adres placówki medycznej, w której Małżonek/Dziecko byli leczeni przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

## N. DODATKOWE INFORMACJE (prosimy o zapoznanie się z informacjami zamieszczonymi poniżej)

### Kserokopie dokumentów:

Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę obsługującą umowę grupową w zakładzie pracy Ubezpieczonego, upoważnioną przez Ubezpieczającego, tj. przez pracownika działu kadr, kadry kierowniczej lub księgowości lub pracownika obsługi Klienta w Oddziale Unum Życie TUIR S.A. Może to być również broker posiadający pełnomocnictwo od Klienta do reprezentowania jego interesów w procesie obsługi świadczeń, radca prawny, notariusz lub instytucja, która wydała dokument.

Poświadczenie za zgodność z oryginałem powinno zawierać tekst „za zgodność z oryginałem”, pieczęć imienną wraz z czytelnym podpisem upoważnionej osoby oraz pieczęć firmową/pieczęć oddziału. Jeśli osoba potwierdzająca nie posiada pieczęci imiennej, powinna pod pieczętką/tekstem „za zgodność z oryginałem” przystawić pieczęć oddziału/firmy i podpisać się wyraźnie imieniem i nazwiskiem.

Potwierdzić należy każdy dokument przesyłany w formie kserokopii.

W przypadku podpisania oświadczenia o poświadczeniu zgodności kopii dokumentacji z oryginałem, znajdującego się w niniejszym wniosku, nie ma konieczności dodatkowego poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem. Jednocześnie Unum Życie TUIR S.A. informuje, że ma prawo sprawdzić wiarygodność dokumentów, w przypadku gdy jest to niezbędne.

### Uwagi końcowe:

Podstawą do wypłaty świadczenia jest dostarczenie do Unum Życie TUIR S.A. kompletu wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. W przypadku ich braku Unum Życie TUIR S.A. może odmówić wypłaty świadczenia.

W przypadku zdarzenia objętego ochroną, do którego doszło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniony do świadczenia jest zobowiązany do dostarczenia wymaganych dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego. Unum Życie TUIR S.A. nie pokrywa kosztów tłumaczenia.

### Ważne:

W przypadku zgłoszenia roszczenia w formie elektronicznej przesyłane dokumenty powinny być skanami lub fotografiami posiadanych oryginałów dokumentów lub ich uwierzytelnionych kserokopii.

