

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO

Numery polis:

Zależy nam na sprawnym rozpatrzeniu niniejszego zgłoszenia i wypłacie należnego świadczenia, dlatego też bardzo prosimy o zapoznanie się z niniejszą instrukcją.



Do wniosku należy dołączyć komplet wymaganych dokumentów wymienionych w punkcie **N**.

Do wniosku mogą być dołączone kserokopie dokumentów z tym, że:



- w przypadku gdy zgłaszanym zdarzeniem jest śmierć, poważne zachorowanie, choroba nowotworowa, choroba śmiertelna lub inwalidztwo – kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego lub adwokata albo instytucję, która wydała dokument.

Możliwe jest także potwierdzenie dokumentów za zgodność z oryginałem przez uprawnionego pracownika Unum Życie TUiR S.A.; jednakże akt zgonu powinien być przekazany w formie oryginału;

- w przypadku pozostałych zdarzeń – należy wypełnić oświadczenie w punkcie **L** niniejszego wniosku.



W szczególnych przypadkach Unum Życie TUiR S.A. zastrzega sobie prawo wymagania oryginałów dokumentów.



W przypadku zdarzenia mającego miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dokumenty powinny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Unum Życie TUiR S.A. nie pokrywa kosztów tłumaczenia.



Wniosek należy uzupełnić drukowanymi literami, niebieskim długopisem. Pola oznaczone literami: **A, D, E, I, K, N** powinny być uzupełnione w każdym przypadku natomiast pozostałe pola powinny być wypełnione jedynie zgodnie z opisem znajdującym się w danej części formularza.



Prosimy o udzielenie pełnych i wyczerpujących odpowiedzi na poszczególne punkty.



Wniosek wraz z wymaganymi załącznikami należy wysłać na adres Unum Życie TUiR S.A., Dział Wypłaty Świadczeń, al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa.



W terminie siedmiu dni od daty otrzymania wniosku Unum Życie TUiR S.A. prześle informację o aktualnych statusie zgłoszenia lub ewentualnej konieczności uzupełnienia dokumentów lub informacji. Uzupełnienie dokumentów lub informacji ma wpływ na termin rozpatrzenia wniosku.

Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia – prosimy zaznaczyć właściwe pola

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> śmierci | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> śmierci lub inwalidztwa w następstwie NW | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> pobytu w szpitalu | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> operacji | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> poważnego zachorowania | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> choroby nowotworowej | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | |
| <input type="checkbox"/> chorób układu krążenia | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | |
| <input type="checkbox"/> leczenia specjalistycznego | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | |
| <input type="checkbox"/> całkowitego lub częściowego inwalidztwa | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> uszczerbku na zdrowiu | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> choroby śmiertelnej | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | |
| <input type="checkbox"/> zwolnienia z obowiązku opłacania składek | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Ubezpieczającego |
| <input type="checkbox"/> dożycie wieku oznaczonego w umowie (zakończenie umowy ubezpieczenia) | | |
| <input type="checkbox"/> inne | | |

A. DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL <input type="text"/>	Nr telefonu <input type="text"/>	Adres e-mail <input type="text"/>	
Adres zamieszkania: Ulica <input type="text"/>		Nr domu <input type="text"/>	Nr lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>	Państwo urodzenia <input type="text"/>	

Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć rozpatrzenie wniosku.

B. DANE IDENTYFIKACYJNE UPOSAŻONEGO

(prosimy wypełnić w przypadku śmierci Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko

PESEL <input type="text"/>	Nr telefonu <input type="text"/>	Adres e-mail <input type="text"/>	
Adres zamieszkania: Ulica <input type="text"/>		Nr domu <input type="text"/>	Nr lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>	Państwo urodzenia <input type="text"/>	

Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć rozpatrzenie wniosku.

C. DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA UBEZPIECZONEGO

(prosimy wypełnić jeśli zdarzenie dotyczy Dziecka)

Imię i nazwisko

PESEL

D. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

Oświadczenie zbierane na potrzeby Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Zgodnie z ustawą za osoby zajmujące eksponowane stanowisko polityczne uznaje się m.in. (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, w szczególności, posłów, senatorów, ministrów, dyrektorów organów państwowych oraz (b) bliskich współpracowników takich osób oraz (c) członków rodziny takich osób (rodziców, małżonków, dzieci). Pełna definicja dostępna jest na stronie internetowej www.unum.pl w zakładce Strefa Klienta/Polisy Indywidualne. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

Jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne. Tak Nie

J. RODO – 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 przeprosowanie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia, dotyczących do wniosku dokumentów dotyczących zgłaszanego zdarzenia, w tym kserokopii tych dokumentów, dokumentów zgromadzonych na etapie weryfikacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłaty świadczenia. Reasekuracja ryzyk ubezpieczeniowych.	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. Marketing bezpośredni produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług (tj. otrzymywanie od Unum oferty tego rodzaju produktów i usług).	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. dochodzenie i obrona przed roszczeniami). Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. prezentowanie oferty produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług) oraz dodatkowo zgoda – w odniesieniu do elektronicznego oraz telefonicznego kanału komunikacji.

4. Jednym ze sposobów przetwarzania przez Unum danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że:
 - w oparciu o informacje dotyczące produktów ubezpieczeniowych klienta pozyskiwanych na etapie wypłaty świadczenia (jednak bez uwzględnienia informacji dotyczących zdrowia) Unum tworzy profile preferencji klientów, co pozwala na dostosowanie oferty produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług do znanych lub przewidywanych potrzeb lub oczekiwań poszczególnych klientów.

Przetwarzanie przez Unum danych osobowych, o którym mowa powyżej nie odbywa się w sposób w pełni zautomatyzowany, tzn. w każdym przypadku zapewniony jest udział człowieka w tego rodzaju operacjach, w szczególności w związku z podejmowaniem decyzji o objęciu (lub nie) ochroną ubezpieczeniową.

Przez jaki okres dane osobowe mogą być przechowywane?

5. 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 obowiązków (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?

6. 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;
- agentom ubezpieczeniowym Unum – w związku z realizacją procesu likwidacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 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

7. 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.
8. Dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązkowymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję Europejską decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską.
9. 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?

10. 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

11. 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”).
12. 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.
13. 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.
14. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

K. ZGODY I OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte we Wniosku są wyczerpujące, prawdziwe i prawidłowo zapisane.
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.
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 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 wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci mojej lub mojego dziecka, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
4. 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.
5. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Unum moich danych osobowych podanych na wniosek o wypłatę świadczenia w tym dotyczących stanu mojego zdrowia zakładowi reasekuracji, w sytuacji gdy jest to wymagane w związku z reasekuracją ryzyk ubezpieczeniowych.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Unum moich danych osobowych, w tym dotyczących zdrowia podanych na wniosek o wypłatę świadczenia oraz w innych dokumentach związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia.
7. 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 mojej lub mojego dziecka lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
8. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na uczestnictwo agenta ubezpieczeniowego – serwisującego moją polisę – w procesie likwidacji zgłoszonych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Zgoda na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną:

9. 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, numer telefonu, które zostały podane w niniejszym wniosku, w tym także za pomocą linku, który umożliwia samodzielnie odczytanie korespondencji w wewnętrznym portalu Unum Życie. W przypadku niewyrażenia zgody korespondencja będzie przekazywana w formie papierowej na adres zamieszkania. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za dostarczone.

Data wypełnienia wniosku	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="RR"/> <input type="text" value="RR"/> <input type="text" value="RR"/> <input type="text" value="RR"/>	Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego	Czytelny podpis i pieczęć Agenta/Pośrednika
Osoba wypełniająca wniosek – zaznaczyć właściwe pole	<input type="checkbox"/> Ubezpieczony <input type="checkbox"/> Uposażony <input type="checkbox"/> Uprawniony		

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

L. OŚWIADCZENIE O KSEROKOPIACH DOKUMENTÓW

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

Data wypełnienia wniosku	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="RR"/> <input type="text" value="RR"/> <input type="text" value="RR"/> <input type="text" value="RR"/>	Podpis Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego
--------------------------	---	--

* Informujemy, iż podanie informacji nieprawdziwych lub zatajenie informacji prawdziwych może stanowić podstawę odmowy wypłaty świadczenia przez Unum Życie TUIR S.A.. Ponadto informujemy, iż podrobienie lub zerobienie 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.

