

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO GROUP INSURANCE CLAIM FORM



Numer polisy/ Policy Number

Numer certyfikatu/ Certificate Number

Pamiętaj o: It is important to:

Wypełnieniu niniejszego wniosku drukowanymi literami oraz podaniu wyczerpujących informacji.

Sekcje oznaczone literami **A, B, C, D, E, F i H** powinny zostać wypełnione w każdym przypadku.

Fill out the Claim Form in BLOCK LETTERS and provide full information.

Sections **A, B, C, D, E, F** and **H** should always be filled out.

Załączeniu kompletu dokumentów wymienionych w sekcji **J**.

W przypadku podpisania oświadczenia w sekcji **H** nie ma konieczności potwierdzania kopii dokumentów za zgodność z oryginałem.

Attach all the documents listed in **J**.

If you sign the declaration in **H**, 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 lub konieczności uzupełnienia dokumentów/ 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.

Wnoszę o wypłatę świadczenia z tytułu zdarzenia (prosimy zaznaczyć właściwe pola zgodnie z posiadanym zakresem ubezpieczenia):

This is a claim for (please check the boxes relevant for your scope of coverage):

☐ USZCZERBEK NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
ACCIDENTAL DETRIMENT TO HEALTH

☐ POBYT W SZPITALU
HOSPITALIZATION

☐ REKONWALESCENCJA
CONVALESCENCE

☐ OPERACJA CHIRURGICZNA
SURGICAL OPERATION

☐ POWAŻNA CHOROBA
DREAD DISEASE

☐ ZDIAGNOZOWANIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ (DLA POLIS Z PAKIETEM U CHRONI ONKOLOGICZNIE)
CANCER DIAGNOSIS (POLICIES THAT INCLUDE CANCER COVER WITH U)

☐ CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA (DLA POLIS Z PAKIETEM U CHRONI SERCE)
CARDIOVASCULAR DISEASES (POLICIES THAT INCLUDE CARDIO COVER WITH U)

☐ ŚMIERĆ
DEATH

☐ INNE ZDARZENIE (JAKIE?)/ OTHER (PLEASE SPECIFY)
.....
.....

A. UBEZPIECZAJĄCY (np. zakład pracy, stowarzyszenie)/ POLICY HOLDER (e.g., employer, association)

.....

B. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA/ LIFE INSURED DETAILS

W jakim charakterze zgłaszasz roszczenie?

You make this claims as a:

☐ Ubezpieczonego
Life Insured

☐ Uposażonego
Beneficiary

☐ Przedstawiciela Ustawowego
Legal Guardian

☐ Innego Uprawnionego
Another Claimant

Imię/ First name

Nazwisko/ Surname

PESEL/ PESEL

Państwo urodzenia/ Place of birth (country)

Telefon komórkowy*/ Mobile*

E-mail*/ E-mail*

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 H (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 H (Electronic Communications Consent).

C. DANE OSOBY, KTÓREJ ZDARZENIE DOTYCZY/ DETAILS OF THE AFFECTED PERSON

Zdarzenie dotyczy: ☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka Ubezpieczonego ☐ Partnera Ubezpieczonego ☐ Dziecka Ubezpieczonego
This event affects the: Life Insured Spouse of the Life Insured Partner of the Life Insured Child of the Life Insured

Imię/ First name Nazwisko/ Surname

PESEL/ PESEL No.

D. 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 większością udziałem Skarbu Państwa, a także bliskich współpracowników takich osób oraz członków rodziny takich osób (rodziców, małżonków, dzieci).

According to Anti-Money Laundering (AML) and Counter Terrorist Financing (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

E. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA (rodzaj i przyczyna zdarzenia)/ INSURABLE EVENT (event type and cause)

Data zdarzenia/ Date of the event Miejsce zdarzenia/ Place of the event

Okoliczności, przebieg zdarzenia, opis obrażeń poniesionych w wyniku wypadku lub rozpoznanie choroby
Description of the event, its circumstances, the injuries caused by the accident or the diagnosis of the disease

Data rozpoczęcia postępowania diagnostycznego
Date on which diagnostic procedures were started

☐ Nie dotyczy/ N/A

Data rozpoznania choroby
Date on which the diagnosis was made

☐ Nie dotyczy/ N/A

Okres zwolnienia lekarskiego po hospitalizacji
Medical leave after hospitalization

od/ between

do/ and

☐ Nie dotyczy/ N/A

Data zakończenia leczenia i rehabilitacji
End date of medical treatment and rehabilitation

☐ Nie dotyczy/ N/A ☐ W trakcie/ Pending

Czy w przeszłości wystąpiły urazy/ dolegliwości uszkodzonej obecnie części ciała?
* Załącz historię leczenia.

Do you have a history of injuries to/ health problems with the body part affected?
* Please attach your medical records.

☐ Tak*/ Yes* ☐ Nie/ No

Czy zdarzenie nastąpiło w stanie po użyciu alkoholu albo 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

Czy w związku ze zdarzeniem sporządzono protokół powypadkowy lub kartę wypadku?
* Załącz kopię protokołu powypadkowego lub karty wypadku.

Was there an accident report or official note drafted in connection with the event?
* Please attach a duplicate copy of the report or note.

☐ Tak*/ Yes* ☐ Nie/ No

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

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

* Załącz kopię dokumentacji wraz z numerem sprawy. W przypadku braku dokumentacji wskaż pełen adres jednostek prowadzących postępowanie wraz z numerem sprawy.

* Please attach a duplicate copy of documentation, together with the case number. If no documentation is available, please 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

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem
Health care facilities whose services were used in connection with the event

Pierwsza pomoc medyczna (nazwa, adres, data wizyty)
First aid (name, address, date of the service)

Inne placówki, w których prowadzono leczenie (nazwy, adresy)
Other facilities on the case (names, addresses)

F. 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.
Please select one of the following modes of payment.

- ☐ **Przelew na rachunek bankowy** (rekomenowana forma wypłaty świadczenia ze względu na bezpieczeństwo oraz szybki 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 processes)

Imię/ First name

Nazwisko/ Surname

Ulica/ Street

Nr domu/ House No.

Nr mieszkania/ Apartment No.

Kod pocztowy/ Zip Code

Miejscowość/ City/ Town

G. 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?

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Łuckiej 9, 00-842 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.
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 Warsaw (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.
- 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; 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; health data processing consent.
Reasekuracja ryzyk ubezpieczeniowych. Risk reinsurance.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia na życie); zgoda na przekazanie reasekuratorowi danych dotyczących zdrowia. The pursuit of Unum legitimate interests (i.e., mitigating the risks of life insurance contract); consent to have the health data shared with the reinsurer.
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 in relation to tax and accounting, 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). The pursuit of legitimate interests of Unum and other insurers (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). The pursuit of Unum legitimate interests (i.e., enforcement of claims or defence against claims).
Marketing bezpośredni produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług (tj. otrzymywanie od Unum oferty tego rodzaju produktów i usług). Direct marketing of insurance and other financial products and services (i.e., receiving offers of such products and services from Unum).	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. The pursuit of Unum legitimate interests (i.e., presentation of insurance and other financial products and services) and, in addition, the consent for the use of electronic and telephone communication channels.

4. Jednym ze sposobów przetwarzania przez Unum danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że:

When processing personal data Unum does profiling, inter alia, which means that:

- 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.
Based on the knowledge of the customer's insurance portfolio acquired at the stage of benefit payment (health information excluded), Unum creates customer preference profiles in order to tailor its offering of insurance and other financial products and services to the known or anticipated needs and expectations of each customer. 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.
Personal data processing by Unum, as referred to above, is not completely automated, i.e., human involvement in such operations is ensured in each and every case, in particular in connection with the decision to provide (or not to provide) insurance cover.

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

5. 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 consent.

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

6. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym podmiotom:/ Your personal data can be shared with the following entities:

- zakiładem 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;
Reinsurance companies, including General Reinsurance AG, Cologne, Germany, and RGA International Reinsurance Company Dac, Dublin, Ireland - in connection with risk reinsurance;

- innym zakładom ubezpieczeń – w związku z przeciwdziałaniem przestępstw popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń oraz realizacją obowiązków prawnych ciążyących na Unum;
Other insurance companies – in connection with prevention of fraud against insurance companies and to ensure compliance with legal obligations applicable to Unum;
- agentom ubezpieczeniowym Unum – w związku z realizacją procesu likwidacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego;
Unum insurance agents - in connection with claim appraisal and payment processes.
- 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 ciążyących 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

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.
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.
8. 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?

9. 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

10. 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”).
11. 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 to pursue the legitimate interest, you may object to the processing of your personal data, in particular as regards processing for a direct marketing purpose.
12. 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.
13. 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.

H. ZGODY I OŚWIADCZENIA/ AUTHORIZATIONS 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. Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum: / I authorize Unum to obtain:
 - 1) 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 wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych;
Upon request from a physician authorized by Unum – from the facilities that provide medical services as per the regulations governing medical service provision, which have provided 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;
 - 2) na wniosek Unum – od Narodowego Funduszu Zdrowia – danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności z zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia.
Upon Unum's request – from the National Health Fund in Poland, the information on the names and addresses of service providers who have provided health services to myself or to my child who is under my legal guardianship and care, in connection with an accident or event due to which the liability under insurance contract concluded on my behalf and the amount of insurance benefit must be determined.
3. 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.
I authorize Unum to share my personal data provided on the Claim Form, including my health data, with the reinsurer, if required for risk reinsurance purposes.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Unum danych osobowych moich oraz mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, w tym dotyczących zdrowia, podanych na wniosku o wypłatę świadczenia oraz w innych dokumentach związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia.
I authorize Unum to process my personal data as well as the personal data of my child who is under my legal guardianship and care, including health data, provided on the Claim Form or in other documents related to the execution of the insurance contract.
5. 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.
6. ☐ 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 authorize* ☐ I do not authorize* 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 or 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:

7. ☐ 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

8. 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.

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.

Please be advised that providing false information or failure to disclose full information may result in Unum's 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/ Uposażonego/ Uprawnionego
Legible signature of the Life Insured/ Beneficiary/ Eligible Person

Czytelny podpis Małżonka/ Partnera/ Pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego
Legible signature of the Spouse/ Partner/ Adult Child of the Life Insured

Zgody Partnera lub Małżonka, lub Pełnoletniego dziecka Ubezpieczonego*/ Authorizations from the Partner or Spouse or Adult Child of the Life Insured*

9. 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 – informacji, w tym kopii dokumentacji medycznej, o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

I authorize Unum to obtain - upon request from a physician authorized by Unum and from the facilities that provide medical services as per the regulations governing medical service provision, whose health services I have used - the information, including copies of medical records, which pertains to the circumstances related to determination of the right to insurance benefit under insurance contract and the amount of such benefit, with the exception of genetic test results.

10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Unum moich danych osobowych, w tym dotyczących zdrowia, podanych w niniejszym wniosku o wypłatę świadczenia oraz w innych dokumentach związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia.

I authorize 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.

D D M M R R R R

Data wypełnienia wniosku/ Date of the Claim Form

Czytelny podpis Małżonka/ Partnera/ Pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego
Legible signature of the Spouse/ Partner/ Adult Child of the Life Insured

* Wymagane tylko, jeżeli zgłaszane zdarzenie dotyczy Partnera lub Małżonka, lub Pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego.

* Required only when the insurable event involves a Partner, a Spouse or an Adult Child of the Life Insured.

I. OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dotyczy wypłaty świadczenia małoletniemu dziecku/ osobie ubezwłasnowolnionej) LEGAL GUARDIAN DECLARATION (re. claim payable to a minor child/ a person who is legally incapacitated)

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej:

This is to represent that I am the legal guardian of the minor child/ incapacitated person:

Imię i nazwisko dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej/ Full name and surname of the child/ incapacitated person

W przypadku rodzica/ For a parent

Jednocześnie oświadczam, że:/ Also, this is to represent that:

- nie zostałam (-łem) pozbawiona (-ny) władzy rodzicielskiej ani
I have not been deprived of my parental rights, and
- przysługująca mi władza rodzicielska nie została ograniczona ani zawieszona.
My parental rights have not been restricted or suspended.

W przypadku opiekuna prawnego:/ For a legal guardian:

Jednocześnie oświadczam, że zostałam (-łem) ustanowiona (-ny) opiekunem prawnym ww. małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej na mocy postanowienia sądu, którego odpis załączam do niniejszego wniosku.

Also, this is to represent that I have been established as the legal guardian of the above-said minor/ incapacitated person, based on a court decision as attached to this Claim Form.

Nazwa sądu
Name of the court

Data wydania postanowienia
Court decision issue date

Seria i nr dowodu osobistego Przedstawiciela
Legal Guardian's ID serial number

PESEL Przedstawiciela
Legal Guardian's PESEL number

D D M M R R R R

Data wypełnienia wniosku/ Claim Form date

Miejscowość/ City/ Town

Podpis Przedstawiciela ustawowego małoletniego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej
Signature of the Legal Guardian of the minor child/ incapacitated person

J. DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

DOCUMENTS REQUIRED FOR THE CLAIM FORM TO BE PROCESSED

Pamiętaj o:/ Please make sure to:

- załączeniu kopii dokumentu tożsamości
Attach a duplicate copy of your ID
- załączeniu oryginału odpisu skróconego aktu zgonu – w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
Attach an original copy of a short form Death Certificate – when making the claim in respect of death of the Life Insured
- konieczności dostarczenia kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia (zgodnie z poniższą tabelą)
Submit all the documents required to determine the legitimacy and amount of the claim (pls consult the table below)

Jednocześnie informujemy, iż Unum może poprosić Cię o dostarczenie dokumentów niewymienionych w tabeli poniżej, jeśli będzie to potrzebne do prawidłowego przeprowadzenia postępowania w sprawie wypłaty świadczenia, w tym do ustalenia odpowiedzialności Unum lub wysokości świadczenia.

At the same time, you should be advised that Unum may also ask you to provide other documents than those listed in the table below if necessary for the purpose of the claim procedure, including to determine Unum's liability or benefit amount.

Zdarzenie Event	Wymagane dokumenty Required documentation	Rodzaj dokumentu Documents
Śmierć Ubezpieczonego Death of the Life Insured	1, 2, 3, 4 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 9 w przypadku dwóch i więcej Uposażonych/ innych osób uprawnionych dodatkowo 20 1, 2, 3, 4 and, if the event resulted from an accident, also 5, 6, 9 If there are two or more Beneficiaries/ Entitled Persons, also 20	1. Formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia grupowego” Group Insurance Claim Form 2. Oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego Original copy of a short form Death Certificate for the Life Insured 3. Kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu Duplicate copy of Death Statistical Chart or medical documentation certifying to the cause of death 4. Kopia dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych/ innych osób uprawnionych (np. dowodu osobistego, paszportu) Duplicate copy of ID document of each Beneficiary/ Eligible Person (e.g., an ID card, a passport)
Osierocenie Dziecka Orphaned Child	1, 2, 3, 17 lub 19 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 9, 21 1, 2, 3, 17 or 19 and, if the event resulted from an accident, also 5, 6, 9, 21	5. Kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez policję, prokuraturę lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, oraz numeru sprawy Duplicate copy of records documenting the circumstances and details of the event, developed by the police, prosecutor's office or a duplicate copy of the court decision; and if such records are unavailable, address details of the police, prosecutor's office or court which have attended to the case, including case number
Uszczerbek na zdrowiu lub trwałe inwalidztwo na skutek nieszczęśliwego wypadku Accidental Detriment to Health or Permanent Disability	1, 5, 6, 7, 9, 10 dodatkowo 16 1, 5, 6, 7, 9, 10 in addition, 16	6. Kopia protokołu powypadkowego lub kopia karty wypadku sporządzonego przez pracodawcę – dotyczy wypadku w pracy Duplicate copy of an accident report or accident chart drafted by the employer – in the case of an accident at work
Pobyt w szpitalu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie apteczne operacja * rekonwalescencja Hospitalization due to a disease or accident, Pharmacy Benefit, Surgical Operation *convalescence	1, 10, 12 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 7, 9 dodatkowo 16 * dodatkowo 8 1, 10, 12 and, if the event resulted from an accident, also 5, 6, 7, 9 In addition, 16 *In addition, 8	7. Kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego kontaktu z placówką medyczną po zdarzeniu (np. SOR, pogotowie ratunkowe), opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.) oraz informacja o zakończeniu leczenia i rehabilitacji Duplicate copy of medical records documenting the treatment, including the first contact with a medical facility after the event (e.g., the ER, ambulance), descriptions and results of imaging tests (X-ray, ultrasound, MR, CT, etc.) and information on the completion of treatment and rehabilitation 8. Kopie zwolnień lekarskich wystawionych przez szpital na okres po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu Duplicate copies of sick leave certificates issued by the hospital for the post-hospitalization period
Poważna choroba lub zdiagnozowanie choroby nowotworowej lub choroby cywilizacyjne lub choroby zakaźne Dread Disease, or Oncological Diagnosis, or Lifestyle Diseases, or Infectious Diseases	1, 10, 11 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 7, 9 dodatkowo 16 1, 10, 11 and, if the event resulted from an accident, also 5, 6, 7, 9 In addition, 16	9. Kopia innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku Duplicate copy of other records documenting the accident 10. Kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego Duplicate copy of ID document of the Life Insured
Uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, lub choroby układu krążenia Detriment to Health due to heart Attack or Stroke, or Cardiovascular Disease	1, 10, 11, 14 1, 10, 11, 14	11. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego Duplicate copy of medical records documenting diagnostics, diagnosis and treatment including information charts for inpatient and outpatient care, histopathology results and other necessary medical records that testify to the insurable event
Leczenie specjalistyczne Specialized Treatment	1, 10, 11, 14, 15 1, 10, 11, 14, 15	12. Kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego Duplicate copy of hospital care information charts 13. Kopia orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z informacją o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji Duplicate copy of a decision issued by the physician or the medical panel appointed by ZUS (Social Security), specifying the degree and duration of disability or loss of independent existence

Śmierć Małżonka albo Partnera życiowego	1, 3, 10, 18 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 9	14. Kopia dokumentacji potwierdzającej zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu (np. EKG, echo serca w przypadku zawału; CT, MRI, PET w przypadku udaru) Duplicate copy of medical records documenting heart attack or stroke (e.g., the ECG, echocardiogram for heart attack; CT, MRI, PET for stroke)
Death of a Spouse or Partner	1, 3, 10, 18 and, if the event resulted from an accident, also 5, 9	15. Kopia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania leczenia specjalistycznego (np. ablacji, chemioterapii, radioterapii, dializoterapii, terapii interferonowej, wszczepienia rozrusznika serca) Duplicate copy of medical records documenting specialized treatment (e.g., ablation, chemotherapy, radiotherapy, dialysis, interferon therapy, cardioverter implantation)
Niezdolność do pracy spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą	1, 10, 11, 13 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 7, 9	16. Jeśli zdarzenie dotyczy Małżonka, kopia aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego If the event involves the Spouse, duplicate copy of a valid short form Life Insured Marriage Certificate
Disability caused by an accident or disease	1, 10, 11, 13 and, if the event resulted from an accident, also 5, 6, 7, 9	17. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka w przypadku jego niepełnoletności Duplicate copy of a short form Birth Certificate of the Child when the child is a minor
Rehabilitacja medyczna po pobycie w szpitalu	1, 10, 12 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 9, 22	18. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Małżonka lub Partnera Duplicate copy of a short form Death Certificate of the Spouse or Partner
Medical Rehabilitation following Hospitalization	1, 10, 12 and, if the event resulted from an accident, also 5, 6, 9, 22	19. Kopia dokumentu tożsamości osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia (prawnego opiekuna Dziecka lub pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego) Duplicate copy of ID document of the claimant (legal guardian of the Child or Adult Child of the Life Insured)
Zdarzenia dotyczące Małżonka albo Partnera, lub Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ukończyły 18 lat	Prosimy wypełnić Zgody i oświadczenia Małżonka lub Partnera, lub Pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego w sekcji H (punkty 9–10) niniejszego wniosku Please fill in the Authorizations and Representations of the Spouse or the Partner or an Adult Child of the Life Insured in H (sections 9–10) on this Claim Form	20. Formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia grupowego” wypełniony osobno przez każdego Uposażonego/ inną osobę uprawnioną Group Insurance Claim Form completed individually by each Beneficiary/ Eligible Person
Events that involve a Spouse, a Partner, or a Child aged 18 or older (as of the Claim Form submission date)		21. Odpis skróconego aktu zgonu drugiego Rodzica w przypadku zgonu obojga Rodziców w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku A short form Death Certificate of the other Parent in the case of death of both Parents in one and the same accident
Wszystkie rodzaje zdarzeń	Jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, poinformujemy o tym niezwłocznie	22. Kopia wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację medyczną Duplicate copy of a referral for medical rehabilitation, issued by a physician
Any event	If additional documents are required to take the decision, you will be notified promptly	