

Formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu wystąpienia choroby

PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ

- Należy wypełnić wszystkie części formularza podając prawdziwe i wyczerpujące informacje.
- Do wypełnionego formularza należy dołączyć kompletną dokumentację zgodnie z wykazem dokumentów wskazanym w formularzu w części „Informacje dla Zgłaszającego roszczenie”.
- Pomoc w wypełnieniu formularza można uzyskać kontaktując się z Infolinią Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. pod numerem telefonu: **22 667 69 69** (pon.-pt. 8.00-18.00).
- Wydrukowany i podpisany formularz wraz z dokumentami (skany lub kserokopie) należy wysłać na adres e-mail: **roszczenia@pocztowenazycie.pl** lub listem poleconym na adres: Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Graniczna 17, 26-604 Radom.

1. Numer Polisy/Certyfikatu

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2. trwałe uszkodzenie na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu | <input type="checkbox"/> 3. trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek choroby | <input type="checkbox"/> 4. poważne zachorowanie Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> 5. poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> 6. poważne zachorowanie Małżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> 7. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu |
| <input type="checkbox"/> 8. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> 9. leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> 10. pobyt Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu |
| <input type="checkbox"/> 11. operacje chirurgiczne Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> 12. Inne | |

Dane dotyczące Ubezpieczonego (Uprawnionego)

13. Imię	14. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
15. Nazwisko rodowe	16. PESEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
17. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)	18. Obywatelstwo	19. Państwo urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)	21. Seria i numer dokumentu tożsamości	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Adres zamieszkania Ubezpieczonego (Uprawnionego)

22. Ulica		
<input type="text"/>		
23. Nr domu / nr lokalu	24. Kod pocztowy	25. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26. Kraj		
<input type="text"/>		

Adres korespondencyjny oraz dane kontaktowe Ubezpieczonego (Uprawnionego) – wypełnić jak inny niż adres zamieszkania

27. Ulica		
<input type="text"/>		
28. Nr domu / mieszkania	29. Kod pocztowy	30. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31. Telefon komórkowy	32. Adres e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dane osoby reprezentującej⁽¹⁾ Ubezpieczonego (Uprawnionego)

Dane pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego/opiekuna/kuratora reprezentującego Uprawnionego będącego osobą fizyczną. Wypełnia przedstawiciel (np. pełnomocnik) Uprawnionego będącego osobą fizyczną. Do formularza należy obowiązkowo załączyć dokument potwierdzający umocowanie (np. pełnomocnictwo).

33. Imię	34. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
35. PESEL	36. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)	37. Obywatelstwo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
38. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)	39. Seria i numer dokumentu tożsamości	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dane dotyczące Dziecka/Małżonka/Partnera życiowego – wypełnić tylko w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poważnego zachorowania Dziecka lub poważnego zachorowania Małżonka/Partnera życiowego

40. Imię	41. Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>
42. Nazwisko rodowe	43. PESEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Klauzule informacyjne

1. Administrator danych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez **Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.** z siedzibą w Warszawie (02-685), przy ul. Rodziny Hiszpańskich 8 („Towarzystwo”).

2. Inspektor Ochrony Danych

e-mail: IODO@pocztowenazycie.pl

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- 1) wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a także zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- 2) wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
- 3) dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 4) przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 5) rachunkowych, przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z zawartą umową zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione,
- 6) podatkowych, przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy wynikający z rozliczenia zawartej umowy.

4. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa dotyczących rachunkowości oraz przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

5. Ujawnianie danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji i innym zakładom ubezpieczeń oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa, m.in. dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom wykonującym na rzecz Towarzystwa czynności ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Ma Pani/Pan prawo do otrzymania od Towarzystwa Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które zostały przez Panią/Pana dostarczone Towarzystwu w celu wykonywania umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do żądania, by powyższe dane zostały przesłane przez Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.

7. Organ nadzoru

Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczenia Ubezpieczonego

Wypełnienie poniższych oświadczeń jest konieczne w związku z ustawą z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

1. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne⁽²⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. 78. Tak 79. Nie
2. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne⁽⁴⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. 80. Tak 81. Nie
3. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne⁽⁵⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. 82. Tak 83. Nie

Jest świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia/oświadczeń.

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi na „Tak” wymagane jest wypełnienie danych w zakresie źródeł majątku Ubezpieczonego (Uprawnionego) i źródeł pochodzenia wartości majątkowych.

Źródła majątku Ubezpieczonego (Uprawnionego) i źródła pochodzenia wartości majątkowych.

84. umowa o pracę 85. działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód 86. spadek 87. kredyt 88. darowizna 89. wygrana losowa 90. emerytura lub renta 91. inne

Jednocześnie zobowiązuję się do aktualizacji podanych danych w przyszłości.

Dane beneficjenta rzeczywistego ⁽³⁾

Uwaga: Zazwyczaj Uprawniony będący osobą fizyczną nie posiada beneficjenta rzeczywistego, jeśli jednak go posiada, podaje jego dane poniżej.

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1

92. Imię	93. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
94. Nazwisko rodowe	95. PESEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
96. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)	97. Obywatelstwo	98. Państwo urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
99. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)	100. Seria i numer dokumentu tożsamości	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Adres zamieszkania beneficjenta rzeczywistego nr 1

101. Ulica		
<input type="text"/>		
102. Nr domu / nr lokalu	103. Kod pocztowy	104. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
105. Kraj		
<input type="text"/>		

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 2

106. Imię	107. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
108. Nazwisko rodowe	109. PESEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
110. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)	111. Obywatelstwo	112. Państwo urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
113. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)	114. Seria i numer dokumentu tożsamości	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

