



**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z INDYWIDUALNEJ
KONTYNUACJI GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
-VERTUS-**

Nr roszczenia

Data wpływu do
SALTUS TU ŻYCIE
SA**DANE UBEZPIECZONEGO**

Imię i nazwisko PESEL

Dokładny adres zamieszkania
..... Telefon kontaktowy

Nr polisy Suma ubezpieczenia

I. RODZAJ ZGŁASZANEGO ROSZCZENIA**1. ŚMIERĆ / OSIEROCENIE DZIECKA****ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY**

- ☐ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
- ☐ ŚMIERCI MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO
- ☐ ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO
- ☐ ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO
- ☐ ŚMIERCI TEŚCIOWEJ/TEŚCIA UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko zmarłego

Data śmierci: □□-□□-□□□□

- ☐ śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku
(*należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”*)
- ☐ śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego
(*należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”*)
- ☐ śmierć w następstwie zawału serca lub udaru mózgu
- ☐ samobójstwo
- ☐ śmierć w następstwie choroby

(proszę podać, jakiej choroby)

- ☐ OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO

- ☐ OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ DRUGIEGO RODZICA

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia: □□-□□-□□□□

(należy wypełnić odrębne zgłoszenie roszczenia dla każdego dziecka)

ZAŁĄCZNIKI**✓ zgon**

- ☐ Skrócony odpis aktu zgonu
- ☐ Karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu (*załączyć tylko w przypadku zgonu Ubezpieczonego*)
- ☐ Dokumenty potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku
- ☐ Dokumenty potwierdzające zajście wypadku komunikacyjnego (*załączyć w przypadku wypadku komunikacyjnego*)
- ☐ Dokumenty potwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa
- ☐ W przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia
- ☐ Własny dokument tożsamości

✓ osierocenie dziecka

- ☐ Skrócony odpis aktu zgonu
- ☐ Skrócony odpis aktu zgonu drugiego rodzica
- ☐ Karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- ☐ Dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- ☐ Dokumenty potwierdzające pokrewieństwo lub przysposobienie
- ☐ Dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18
- ☐ Własny dokument tożsamości

2. USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO

Przyczyna zdarzenia

- ☐ uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Prosimy wypełnić pole DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

OŚWIADCZENIE O UPOŚLEDZENIU CZYNNOŚCI NARZĄDU

Czy przed zajściem zdarzenia stwierdzone były u Ubezpieczonego upośledzenia czynności narządu, którego dotyczy roszczenie ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli „TAK” to, jakie i w jakim stopniu

ZAŁĄCZNIKI

Y uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w NW

- ☐ Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku i leczenia jego skutków
- ☐ Orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- ☐ Własny dokument tożsamości

3. POBYT W SZPITALU / POWAŻNE ZACHOROWANIE / CHOROBA ŚMIERTELNA / OPERACJA MEDYCZNA

ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY

☐ UBEZPIECZONEGO

☐ MAŁŻONKA LUB PARTNERA
UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko PESEL

- ☐ **pobyt w szpitalu w następstwie NW** w okresie od -- do --
Prosimy wypełnić pole DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- ☐ **poważne zachorowanie Ubezpieczonego**
data zachorowania -- (nazwa choroby)

Czy powyższe poważne zachorowanie wystąpiło po raz pierwszy Jeżeli „NIE”, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na powyższą chorobę
☐ TAK ☐ NIE --

- ☐ **choroba śmiertelna Ubezpieczonego**
data zachorowania -- (nazwa choroby)

Czy powyższa choroba śmiertelna wystąpiła po raz pierwszy Jeżeli „NIE”, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na powyższą chorobę
☐ TAK ☐ NIE --

- ☐ **operacja medyczna Ubezpieczonego w następstwie NW**
data operacji -- (wpisać rodzaj operacji medycznej)
Prosimy wypełnić pole DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZAŁĄCZNIKIY **pobyt w szpitalu w następstwie NW**

- ☐ Karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego
- ☐ Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku oraz leczenia jego skutków
- ☐ Dokumenty stwierdzające zawarcie małżeństwa
- ☐ W przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia
- ☐ Własny dokument tożsamości

Y **poważne zachorowanie Ubezpieczonego**

- ☐ Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania
- ☐ Własny dokument tożsamości

Y **choroba śmiertelna Ubezpieczonego**

- ☐ Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby śmiertelnej, rozpoznanie potwierdzone przez dwóch lekarzy specjalistów
- ☐ Własny dokument tożsamości

Y **operacja medyczna Ubezpieczonego w następstwie NW**

- ☐ Dokumentacja medyczna dotycząca przeprowadzonej operacji medycznej, w tym karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji
- ☐ Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku
- ☐ Własny dokument tożsamości

4. URODZENIE DZIECKA**ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY**☐ urodzenie się dziecka Ubezpieczonego☐ urodzenie się martwego noworodka☐ urodzenie się dzieci Ubezpieczonego wskutek ciąży mnogiej

Imię/Imiona i nazwisko dziecka/dzieci

data urodzenia --**ZAŁĄCZNIKI**Y **urodzenie się dziecka**

- ☐ Skrócony odpis aktu urodzenia lub przysposobienia dziecka
- ☐ Własny dokument tożsamości

Y **urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej**

- ☐ Skrócony odpis aktów urodzenia się dzieci
- ☐ Własny dokument tożsamości

Y **urodzenie się martwego noworodka**

- ☐ Skrócony odpis aktu urodzenia się martwego noworodka
- ☐ Własny dokument tożsamości

II. DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU*(wypełnić w przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku)*Miejsce, godzina oraz data wystąpienia wypadku --

Przyczyna wypadku, okoliczności i rodzaj doznanych obrażeń.....

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej.....

Adres placówki medycznej, w której leczyl się Ubezpieczony po wypadku.....

Adres Komisariatu Policji lub Prokuratury prowadzącej dochodzenie

W momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu lub środków odurzających ☐ TAK ☐ NIE

Zdarzenie związane było z wyczynowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli „TAK” to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej

III. OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE/UPOSAŻONEGO

DANE UPOSAŻONEGO - osoba fizyczna (wypełnić tylko w przypadku zgonu Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	NIP
Data urodzenia.....	Seria i numer dowodu osobistego
Miejsce urodzenia	Seria i numer innego dokumentu tożsamości
Obywatelstwo	

DANE UPOSAŻONEGO - osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej (wypełnić tylko w przypadku zgonu Ubezpieczonego)

Nazwa wraz z formą organizacyjną	KRS
Ulica i numer domu.....	NIP
Kod i miejscowość	
Imię i nazwisko osoby/osób reprezentujących	
PESEL lub data urodzenia osoby/osób reprezentujących	

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (nie wypełniać, jeżeli zgłaszającym roszczenie jest Ubezpieczony lub Uposażony)

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (wypełnić w przypadku, jeśli właściciel konta jest inną osobą niż Uposażony)

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	NIP
Data urodzenia.....	Seria i numer dowodu osobistego
Miejsce urodzenia	Seria i numer innego dokumentu tożsamości
Obywatelstwo	

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych, jako osoby zgłaszającej roszczenie lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia jest SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (dalej: SALTUS TU ŻYCIE SA) z siedzibą w Sopocie, adres: ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

SALTUS TU ŻYCIE SA przetwarza dane osobowe osoby zgłaszającej roszczenie w celu przyjęcia zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

SALTUS TU ŻYCIE SA przetwarza dane osobowe osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia w celu jej wykonywania, ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, okoliczności zdarzenia objętego ubezpieczeniem, ustalenia prawa osoby uprawnionej do świadczenia oraz jego wysokości na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

SALTUS TU ŻYCIE SA będzie przetwarzał dane osobowe osoby zgłaszającej roszczenie oraz osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia również w celu realizacji zobowiązań w zakresie przechowywania dokumentacji ubezpieczeniowej na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne dla realizacji procesu wykonania umowy ubezpieczenia w związku ze zgłaszanym roszczeniem, a odmowa ich podania może uniemożliwić właściwe wykonanie umowy.

W związku z powyższym Pani/Pana dane osobowe, jako osoby zgłaszającej roszczenie mogą zostać udostępnione:

1. podmiotom wykonującym czynności zlecone przez administratora danych, w szczególności w zakresie:
 - a. pośrednictwa ubezpieczeniowego,
 - b. utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów informatycznych,
 - c. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,
 - d. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej;
2. innym podmiotom upoważnionym do otrzymania informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową na podstawie przepisu prawa, wymienionym w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Dane osobowe osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia mogą zostać udostępnione:

1. podmiotom wykonującym czynności zlecone przez administratora danych, w szczególności w zakresie:
 - a. pośrednictwa ubezpieczeniowego,
 - b. oceny skutków zdarzeń w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą,
 - c. utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów informatycznych,
 - d. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,
 - e. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej;
2. innym podmiotom upoważnionym do otrzymania informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową na podstawie przepisu prawa, wymienionym w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;

oraz, jeśli będzie to konieczne w procesie wykonywania umowy:

1. zakładom reasekuracji, z którymi SALTUS TU ŻYCIE SA zawarł umowy reasekuracji w zakresie określonych ryzyk;
2. innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą;
3. podmiotom wykonującym działalność leczniczą w ramach i na potrzeby weryfikacji podanych informacji o stanie zdrowia lub ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia na podstawie Pani/Pana zgody;
4. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym do zakładu ubezpieczeń roszczeniem na podstawie Pani/Pana zgody.

W związku z procesem obsługi reasekuracyjnej dane osobowe osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia mogą zostać przekazane przez zakład reasekuracji, z którym SALTUS TU ŻYCIE SA aktualnie współpracuje do odbiorców w państwach nienależących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego wyłącznie przy zachowaniu zasad określonych w rozdziale V RODO, w szczególności na podstawie właściwej decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych osobowych na terytorium danego państwa lub z zachowaniem odpowiednich zabezpieczeń kontraktowych.

Pani/Pana dane osobowe, w związku z umową ubezpieczenia będą przechowywane przez lub w imieniu i na rzecz SALTUS TU ŻYCIE SA przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej, albo od dnia uprawomocnienia się orzeczenia stwierdzającego roszczenie wydane przez sąd, sąd polubowny lub inny organ właściwy do rozpoznawania spraw danego rodzaju, albo orzeczenia stwierdzającego ugodę zawartą przed mediatorem. Termin ten ulega wydłużeniu w przypadkach, w których nastąpi zdarzenie przerywające jego bieg, w tym zgłoszenie roszczenia lub wszczęcie postępowania sądowego.

We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez SALTUS TU ŻYCIE SA można kontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod wskazanym wyżej adresem siedziby, a także w dni powszednie w godzinach 9:00 – 15:00 pod numerem infolinii (58) 770 36 90 lub 801 888 666 lub drogą elektroniczną na adres iod@saltus.pl

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo interwencji u administratora danych w związku z podejrzeniem lub stwierdzeniem niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych lub wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, a także, w trybie i na zasadach opisanych odpowiednio w art. 15 – 21 RODO, prawo:

1. dostępu do swoich danych oraz uzyskania informacji;
2. sprostowania swoich danych osobowych, jeśli są nieprawidłowe lub ich uzupełnienia;
3. usunięcia swoich danych osobowych;
4. ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
5. przenoszenia danych osobowych;
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy dane są przetwarzane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych.