

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Nr roszczenia

D D M M R R R R
Data wpływu do SALTUS TU ŻYCIE SA**I. RODZAJ ZDARZENIA** ŚMIERĆ UBEZPIECZAJĄCEGO CHOROBA ŚMIERTELNA UBEZPIECZAJĄCEGO**II. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO:**

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

/

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE:

Imię i nazwisko/nazwa pożyczkodawcy

Adres:

Ulica

/

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy/e-mail

IV. DANE DOTYCZĄCE ŚMIERCI UBEZPIECZAJĄCEGO:

Przyczyna śmierci:

 samobójstwo nieszczęśliwy wypadek (wypełnić pole poniżej) choroba (wpisać jaka) inna (wpisać jaka)

Miejsce i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, adres Prokuratury:

V. DANE DOTYCZĄCE CHOROBY ŚMIERTELNEJ UBEZPIECZAJĄCEGO: choroba śmiertelna
(nazwa choroby)

Data zdiagnozowania D D M M R R R R

Czy powyższa choroba śmiertelna wystąpiła po raz pierwszy w wyżej wskazanej dacie? tak nie

Jeżeli zaznaczono NIE, prosimy podać datę pierwszego zdiagnozowania choroby

D D M M R R R R

VI. ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH, W KTÓRYCH LECZYŁ SIĘ UBEZPIECZAJĄCY (DOTYCZY PKT IV I V):

Nazwa, adres (przychodni, szpitala):

VII. UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIEZAJĄCEGO:

1. Uprawniony do świadczenia do wysokości faktycznej kwoty niespłaconego kapitału z tytułu zawartej umowy pożyczki na dzień śmierci Ubezpieczającego:

Nazwa pożyczkodawcy _____

Wysokość świadczenia wynikająca z kwoty niespłaconego kapitału z tytułu zawartej umowy pożyczki na dzień śmierci Ubezpieczającego: _____

Dyspozycja wypłaty świadczenia:

przelewem na konto _____

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 §1 kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe.

Miejscowość _____

 D D M M R R R R _____
Data PESEL osoby reprezentującej pożyczkodawcę Imienna pieczęćka oraz podpis osoby reprezentującej pożyczkodawcę

2. Uprawniony do wysokości różnicy między kwotą niespłaconego kapitału wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki na dzień śmierci Ubezpieczającego a kwotą wypłaconą uprawnionemu wskazanemu w pkt. 1, o ile taka różnica powstanie

Nazwisko i imię PESEL lub D D M M R R R R _____
Data urodzenia

Obywatelstwo NIP _____

Adres:

Ulica _____
Nr domu/Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Dyspozycja wypłaty świadczenia:

przelewem na konto _____

Właściciel konta _____

Adres:

przekazem pocztowym na adres:

Ulica _____
Nr domu/Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 §1 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe.

Miejscowość D D M M R R R R _____
Data Czytelny podpis uprawnionego

VIII. DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDIAGNOZOWANIA CHOROBY ŚMIERTELNEJ U UBEZPIEZAJĄCEGO: (wypełnia Ubezpieczający)

przelewem na konto _____

Właściciel konta _____

Adres:

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 §1 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe.

przekazem pocztowym na adres:

Ulica _____
Nr domu/Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Miejscowość D D M M R R R R _____
Data Czytelny podpis uprawnionego

SALTUS TU ŻYCIE SA, jako instytucja obowiązana, informuje, że na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, zobowiązana jest przetwarzać Państwa dane osobowe podane w niniejszym wniosku, w szczególności na potrzeby stosowania środków bezpieczeństwa finansowego, a także przekazywania i gromadzenia informacji dla Generalnego Inspektora Informacji Finansowej.

IX. OŚWIADCZENIE UPRAWNIIONEGO

Oświadczenie PEP (osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne, członek rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, osoba znana, jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne)

Na podstawie art. 46 ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, oświadczam, że:

1. jestem / nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne¹;
2. jestem / nie jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne²;
3. jestem / nie jestem osobą znaną, jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne³.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

¹Za osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne – rozumie się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, charges d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

²Za osoby będące członkami rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne- rozumie się:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

³Za osoby znane, jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne - rozumie się:

- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczowymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczowym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

Miejscowość

 D D M M R R R R
Data

Czytelny podpis uprawniającego

X. ZAŁĄCZNIKI: (prosimy załączyć wymienione dokumenty)

dot. choroby śmiertelnej Ubezpieczającego

- dokumentacja medyczna potwierdzająca zdiagnozowanie choroby śmiertelnej w postaci historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego oraz wyników badań
- dwa zaświadczenia lekarzy specjalistów w danej dziedzinie stwierdzające, że u Ubezpieczającego została zdiagnozowana choroba śmiertelna
- własny dokument tożsamości

dot. śmierci Ubezpieczającego

- skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczającego
- karta zgonu z podaną przyczyną śmierci lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę śmierci
- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku (jeżeli przyczyną śmierci był nieszczęśliwy wypadek)
- własny dokument tożsamości (nie dotyczy pożyczkodawcy)

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 wydanego 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.

XI. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA

Seria i nr polisy

Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie

Miejscowość

 D D M M R R R R

Data

Czytelny podpis/pieczątką