


**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z UBEZPIECZENIA
VERTUS**

Nr roszczenia

Data wpływu do
SALTUS TU ŻYCIE
SA
**POBYT W SZPITALU, SANATORIUM,
POWAŻNE ZACHOROWANIE, OPERACJE**
DANE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO LUB DODATKOWEGO
 UBEZPIECZONY GŁÓWNY
 **WSPÓŁMAŁŻONEK
UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO**
 **PEŁNOLETNIE DZIECKO
UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO**

Imię i nazwisko PESEL

Dokładny adres Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nr polisy Suma ubezpieczenia

 Data powstania stosunku prawnego pomiędzy Ubezpieczonym głównym, a
Ubezpieczającym

 Imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie
.....

Pieczęć Ubezpieczającego

ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY
 UBEZPIECZONEGO
 **MAŁŻONKA LUB PARTNERA
UBEZPIECZONEGO**
 DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko PESEL

- pobyt w szpitalu** w okresie od -- do -- spowodowany:
- nieszczęśliwym wypadkiem – wypełnić pole DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
 - nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym – wypełnić pole DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
 - nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy – wypełnić pole DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
 - nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym w pracy – wypełnić pole DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
 - chorobą leczoną przed datą wymienioną powyżej (*należy podać datę zdiagnozowania choroby*)
 - chorobą będącą przedmiotem leczenia po raz pierwszy
- pobyt na OIOM/OIT** w okresie od -- do -- spowodowany:
- nieszczęśliwym wypadkiem – wypełnić pole: DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
 - chorobą związaną z pobytem w szpitalu, w związku z którym wypłacono świadczenie
- pobyt w sanatorium** w okresie od -- do -- spowodowany:
- nieszczęśliwym wypadkiem – wypełnić pole: DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
 - chorobą związaną z pobytem w szpitalu, w związku z którym wypłacono świadczenie
- rekonwalescencja** po pobycie w szpitalu w okresie od -- do --

 poważne zachorowanie data zachorowania --
(nazwa choroby)

 wariant podstawowy (I) **wariant rozszerzony (II)**

Czy powyższe poważne zachorowanie wystąpiło po raz pierwszy

Jeżeli NIE, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na powyższą chorobę

 TAK NIE

--

<input type="checkbox"/> choroba śmiertelna	data zachorowania	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Czy powyższa choroba śmiertelna wystąpiła po raz pierwszy (nazwa choroby)	Jeżeli NIE, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na powyższą chorobę	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

<input type="checkbox"/> operacja medyczna	data operacji	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(wpisać rodzaj operacji medycznej)		
Czy powyższa operacja medyczna była konsekwencją choroby, której rozpoznanie miało miejsce po raz pierwszy	Jeżeli NIE, prosimy podać datę pierwszego rozpoznania choroby	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Czy powyższa operacja medyczna była bezpośrednią konsekwencją obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Jeżeli TAK, należy wypełnić pole: DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (wypełnić w przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku)

Miejsce, godzina oraz data wystąpienia wypadku	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zdarzenie związane było z wyczynowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej.....	

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO / ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia:

<input type="checkbox"/> przelewem na konto nr	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Właściciel konta	
<input type="checkbox"/> przekazem pocztowym na 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.	
Miejscowość i data	Czytelny podpis

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.

OŚWIADCZENIE UPRAWNIONEGO

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:**

- jestem / nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne¹;
- jestem / nie jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne²;
- 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 rzeczywistymi 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 rzeczywistym 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 i data

Czytelny podpis Uprawnionego

ZAŁĄCZNIKI (prosimy zaznaczyć właściwe roszczenie, oraz załączyć wymienione dokumenty)

Y	<p>pobyt w szpitalu</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego <input type="checkbox"/> Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku oraz leczenia jego skutków <input type="checkbox"/> Dokumenty potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku przy pracy (załączyć w przypadku nieszczęśliwego wypadku przy pracy) <input type="checkbox"/> Dokumenty potwierdzające zajście wypadku komunikacyjnego (załączyć w przypadku wypadku komunikacyjnego) <input type="checkbox"/> Dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa <input type="checkbox"/> W przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia <input type="checkbox"/> Własny dokument tożsamości <input type="checkbox"/> Karta wypisowa z OIOM/OIT (załączyć w przypadku pobytu na OIOM/OIT) <input type="checkbox"/> Kopia skierowania do sanatorium, wydanego przez szpital lub lekarza prowadzącego, oraz karta informacyjna pobytu w sanatorium (załączyć w przypadku pobytu w sanatorium) <input type="checkbox"/> Zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieraniem zasiłku chorobowym w związku z pobytem na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital (załączyć w przypadku rekonwalescencji)
Y	<p>poważne zachorowanie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania <input type="checkbox"/> Zaświadczenie od lekarza o całkowitym braku możliwości wykonywania określonych czynności życiowych (załączyć w przypadku zgłaszania roszczenia z wariantem rozszerzonego) <input type="checkbox"/> Dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa <input type="checkbox"/> W przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia <input type="checkbox"/> Własny dokument tożsamości
Y	<p>choroba śmiertelna</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby śmiertelnej, rozpoznanie potwierdzone przez dwóch lekarzy specjalistów <input type="checkbox"/> Własny dokument tożsamości
Y	<p>operacja medyczna</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dokumentacja medyczna dotycząca przeprowadzonej operacji medycznej, w tym karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji <input type="checkbox"/> Dokumentacja dotycząca choroby oraz jej leczenia <input type="checkbox"/> Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> Dokumenty stwierdzające zawarcie małżeństwa (załączyć w przypadku operacji współmałżonka) <input type="checkbox"/> W przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia <input type="checkbox"/> Własny dokument tożsamości

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.