

**WNIOSEK
O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**

Nr polisy

Nr roszczenia

Data wpływu wniosku do SALTUS TU ŻYCIE SA

Jeśli wniosek jest wypełniany bez udziału Przedstawiciela Towarzystwa, należy dołączyć do wniosku kserokopię dokumentu tożsamości uprawnionego do świadczenia.

(proszę o sprawdzenie na polisie, jakie zdarzenia są objęte ochroną i wybrać odpowiednie z listy poniżej)

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu | <input type="checkbox"/> Trwała i całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> Operacja | <input type="checkbox"/> Śmierć |
| <input type="checkbox"/> Całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie | <input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu | |

CZY UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA JEST:

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ubezpieczonym | <input type="checkbox"/> Uposażonym | <input type="checkbox"/> Innym Uprawnionym |
|--|-------------------------------------|--|

DANE OSOBOWE UPRAWNIONEGO DO ŚWIADCZENIA

Nazwisko i imię/Nazwa pożytkodawcy

PESEL*/ REGON**

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Data urodzenia

NIP:**

e-mail

Telefon

Seria i numer dokumentu tożsamości

* w przypadku braku nr PESEL proszę podać datę urodzenia i państwo urodzenia

** dotyczy osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Adres do korespondencji

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

-
- Dane jak wyżej

Imię i nazwisko

Adres

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Telefon kontaktowy

e-mail

DANE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU

Jeśli pobyt w szpitalu dotyczył nieszczęśliwego wypadku prosimy również o wypełnienie części formularza DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

Data pobytu w szpitalu od _____ do _____

Przyczyna pobytu w szpitalu

CHOROBA WYPADEK

Czy po leczeniu szpitalnym Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim? Jeśli tak, należy dołączyć kopię zwolnień lekarskich.

TAK NIE

Czy w związku z ww. pobytem w szpitalu Ubezpieczony przebywał na OIOM / OIT / OIOK / OINK?

TAK NIE

DANE DOTYCZĄCE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY / NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Data powstania niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji _____

Przyczyna niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji

CHOROBA WYPADEK

Okres zwolnienia lekarskiego od _____ do _____

Choroba (jaka) _____

Prosimy o podanie okoliczności zdarzenia będącego przyczyną niezdolności do pracy/niezdolności do samodzielnej egzystencji, jeżeli nie była ona spowodowana chorobą

Adresy placówek medycznych, w których leczył się Ubezpieczony w związku ze zgłoszonym roszczeniem oraz adres przychodni lekarza rodzinnego, w której zarejestrowany jest Ubezpieczony _____

DANE DOTYCZĄCE OPERACJI MEDYCZNEJ / POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Data operacji medycznej / rozpoznania poważnego zachorowania _____

Rodzaj operacji medycznej / poważnego zachorowania _____

przyczyna operacji medycznej: CHOROBA WYPADEK

Data początku leczenia choroby / urazu _____

Czy operacja / poważne zachorowanie związana(e) jest z chorobą / obrażeniami ciała rozpoznanymi i leczonymi w trakcie trwania ochrony.

TAK NIE

Adresy placówek medycznych, w których leczył się Ubezpieczony w związku ze zgłoszonym roszczeniem oraz adres przychodni lekarza rodzinnego, w której zarejestrowany jest Ubezpieczony _____

DANE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

Dane osobowe ubezpieczonego

Imię _____ Nazwisko _____ PESEL _____

Jeśli zgon dotyczy nieszczęśliwego wypadku prosimy również o wypełnienie części formularza DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

Data zgonu _____

Przyczyna zgonu:

CHOROBA (JAKA) _____

NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK WYPADEK KOMUNIKACYJNY NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK W PRACY

inna (wpisać jaka) _____

DANE DOTYCZĄCE WYPADKU I/LUB TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

Data wypadku _____

Okoliczności i przyczyna wypadku: _____

Miejsce (adres) wypadku: _____

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych? TAK NIE

Kto udzielił Ubezpieczonemu pomocy po wypadku? _____

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy? (Jeśli tak, należy dołączyć protokół). TAK NIE

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego(ych) postępowanie: _____

FORMA WYPŁATY ŚWIADCZENIA, OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO / ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

I. W przypadku gdy ubezpieczenie nie było powiązane z pożyczką/kredytem:

Przelewem na konto

Indywidualny numer konta***: _____

*** w przypadku braku numeru konta proszę podać adres, na który zostanie wysłane świadczenie ubezpieczeniowe

Imię i nazwisko/Nazwa właściciela rachunku bankowego _____

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

Data

Czytelny podpis

II. W przypadku gdy ubezpieczenie było powiązane z pożyczką/kredytem:

1. Uprawniony do świadczenia w kwocie wynikającej z salda zadłużenia z tytułu zawartej umowy pożyczki na dzień śmierci Ubezpieczonego, jednak nie wyższej niż faktyczna wysokość zadłużenia na dzień śmierci Ubezpieczonego według Harmonogramu zamieszczonego na Polisie lub Polisie przedłużeniowej.

Nazwa pożyczkodawcy: _____

Nr pożyczki: _____

Wysokość świadczenia wynikająca z salda zadłużenia z tytułu zawartej umowy pożyczki na dzień śmierci Ubezpieczonego, według Harmonogramu zamieszczonego na Polisie lub Polisie przedłużeniowej: _____

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

Data

PESEL osoby reprezentującej pożyczkodawcę

Imienna pieczęćka oraz podpis osoby reprezentującej pożyczkodawcę

2. Uprawniony do kwoty pozostałej po wypłacie części należnej pożyczkodawcy:

Przelewem na konto

Indywidualny numer konta***: _____

*** w przypadku braku numeru konta proszę podać adres, na który zostanie wysłane świadczenie ubezpieczeniowe

Imię i nazwisko/Nazwa właściciela rachunku bankowego _____

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

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 UPRAWNIENEGO DO ŚWIADCZENIA

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.

- ¹ Za 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 trybunałów 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.
- ² Za 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.
- ³ Za 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

Data

Czytelny podpis

DANE POŚREDNIKA POTWIERDZAJĄCEGO DANE OSOBOWE ZAWARTE W ZGŁOSZENIU ROSZCZENIA

Potwierdzam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości uprawnionego do otrzymania świadczenia z dokumentem tożsamości.

Imię i nazwisko

Podpis pośrednika

Informacja w sprawie zasad przetwarzania danych osobowych w związku ze zgłoszeniem roszczenia z umowy ubezpieczenia.	
Administrator danych: podmiot, który odpowiada za przetwarzanie danych osobowych	SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (w dalszej części: SALTUS TU ŻYCIE SA) ul. Władysława IV 22 81-743 Sopot tel. (58) 770 36 90 tel. 801 888 666 e-mail: info@saltus.pl
Inspektor ochrony danych: osoba kontaktowa w sprawach przetwarzania danych osobowych	We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem ochrony danych listownie pod adresem siedziby administratora, drogą telefoniczną lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: tel. (58) 770 36 90 e-mail: iod@saltus.pl
Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych	SALTUS TU ŻYCIE SA będzie przetwarzało dane osoby zgłaszającej roszczenie na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) w celach: 1. obsługi zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia, 2. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń, 3. ustalenia oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń zakładu ubezpieczeń. SALTUS TU ŻYCIE SA będzie przetwarzało dane osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia : 1. na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w celach: a. wykonania umowy ubezpieczenia, w szczególności ustalenia okoliczności zdarzenia objętego ubezpieczeniem oraz odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, ustalenia prawa osoby uprawnionej do świadczenia oraz wartości świadczenia, b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego (nie dotyczy osoby uposażonej), c. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń, d. statystycznych, w tym związanych z ustalaniem wysokości składek ubezpieczeniowych (nie dotyczy osoby uposażonej); 2. na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego w celu obsługi ewentualnych reklamacji; 3. na podstawie przepisów ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w celu wypełnienia obowiązków instytucji obowiązanej, w tym stosowania środków bezpieczeństwa finansowego polegających m.in. na identyfikacji tożsamości klienta, ocenie jego stosunków gospodarczych, identyfikacji i analizie jego transakcji oraz źródeł pochodzenia wartości majątkowych, oraz rejestrowaniu i informowaniu Generalnego Inspektora Informacji Finansowej w trybie i na zasadach opisanych w ustawie; 4. na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) oraz w oparciu o art. 9 ust. 2 lit. f RODO w celu ustalenia oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń zakładu ubezpieczeń. Podanie danych osobowych jest niezbędne dla realizacji procesu wykonania umowy ubezpieczenia w związku ze zgłaszanym roszczeniem. Odmowa podania danych osobowych może uniemożliwić właściwe wykonanie umowy.
Odbiorcy danych kategorie podmiotów, którym zakład ubezpieczeń udostępnia dane osobowe	Dane osoby zgłaszającej roszczenie oraz osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców: 1. na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TU ŻYCIE SA, w szczególności w zakresie: a. dystrybucji ubezpieczeń, b. utrzymania elementów infrastruktury teleinformatycznej, w szczególności systemów informatycznych i aplikacji, c. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia, d. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej lub obrony przed roszczeniami; 2. podmiotom uprawnionym na podstawie art. 35 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w tym m.in.: innym zakładom ubezpieczeń lub zakładom reasekuracji, z którymi SALTUS TU ŻYCIE SA zawarło umowy koasekuracji lub reasekuracji w zakresie określonych ryzyk, 3. innym podmiotom, których uprawnienie do żądania udostępnienia danych osobowych wynika z przepisów obowiązującego prawa. Ponadto dane osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia mogą zostać udostępnione: 1. na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TU ŻYCIE SA w zakresie: a. oceny ryzyka ubezpieczeniowego, b. ustalenia okoliczności zdarzenia objętego ubezpieczeniem oraz odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, ustalenia prawa osoby uprawnionej do świadczenia oraz wartości świadczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą (nie dotyczy osoby uposażonej), 2. na podstawie Pani/Pana zgody, w związku z art. 38 i 39 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (nie dotyczy osoby uposażonej): a. podmiotom wykonującym działalność leczniczą, które udzielały Pani/Panu świadczeń zdrowotnych, w ramach i na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości, w tym w celu weryfikacji podanych przez Panią/Pana informacji b. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzieliłi świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym roszczeniem, c. innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby tych zakładów dotyczące oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych uprzednio danych, ustalenia prawa do świadczenia lub wysokości tego świadczenia, 3. podmiotom pośredniczącym w wymianie korespondencji, w tym prowadzonej w formie elektronicznej; 4. bankom oraz ewentualnym podmiotom pośredniczącym w realizacji transakcji.
Informacja dotycząca przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego: czy będziemy przekazywać dane osobowe do państwa spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego?	Dane osobowe mogą zostać przekazane do podmiotu w państwie trzecim w związku z ewentualnym wykorzystaniem przez SALTUS TU ŻYCIE SA lub jego usługodawców usług teleinformatycznych oferowanych przez niektóre podmioty. Przekazanie danych osobowych do podmiotu w państwie trzecim nastąpi wyłącznie w przypadkach, gdy państwo takie lub podmiot zapewnią odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Właściwy stopień ochrony w państwie trzecim musi zostać potwierdzony decyzją Komisji Europejskiej. W przypadku braku takiego potwierdzenia przekazanie danych do podmiotu w państwie trzecim może nastąpić wyłącznie, gdy podmiot taki zapewni odpowiednie zabezpieczenia, co zostanie potwierdzone zapisami umownymi, w szczególności z uwzględnieniem zabezpieczeń wskazanych w art. 46 RODO, w tym zatwierdzonych przez właściwy organ nadzorczy wiążących reguł korporacyjnych lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską. Przekazanie danych osobowych do podmiotu w państwie trzecim z pominięciem powyższych warunków może nastąpić na podstawie art. 49 RODO w sytuacji, w której będzie niezbędne dla wykonania umowy ubezpieczenia, np. w związku z zapewnieniem Pani/Panu ochrony ubezpieczeniowej na terytorium państwa trzeciego
Okres przechowywania danych osobowych Jak długo będziemy posiadać Pani/Pana dane osobowe	Dane osobowe będą przechowywane w ramach dokumentacji ubezpieczeniowej przez okres związany z przedawnieniem roszczeń, tj. przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej.

<p>Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane</p>	<p>W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące prawa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania kopii danych, 2. prawo do sprostowania, uzupełnienia swoich danych osobowych, 3. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz, w uzasadnionych przypadkach: 4. prawo do usunięcia danych osobowych, 5. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 6. prawo do przenoszenia danych osobowych, 7. prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych opartego na prawnie uzasadnionym interesie administratora, 8. prawo do odwołania w każdym czasie uprzednio wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych.
---	---

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

WYKAZ DOKUMENTÓW (DO PRZEDŁOŻENIA) NIEZBĘDNYCH DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Rodzaj zdarzenia	Wymagany rodzaj dokumentu	Rodzaj dokumentu
Śmierć	1, 2, 3, 4	1. Wniosek o wypłatę świadczenia;
Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 6	2. dokument pozwalający potwierdzić tożsamość Uposażonego lub osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia; prosimy o trwałe usunięcie (np. wycięcie, zamazanie danych wizerunkowych (zdjęcie, wzrost, kolor oczu itp.) z przekazywanej kopii dokumentu;
Pobyt w szpitalu w wyniku choroby	1, 2, 5	3. odpis Aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karta zgonu Ubezpieczonego z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu;
Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 5, 6, 10	4. postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz dokument pozwalający ustalić pokrewieństwo z Ubezpieczonym - jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych a uprawnionymi do Świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego;
Poważne zachorowanie	1, 2, 7	5. karta informacyjna leczenia szpitalnego;
Całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	1, 2, 5, 8, 9, 10	6. dokumentacja dotycząca przyczyn nieszczęśliwego wypadku; notatka policji, w przypadku zawiadomienia policji; protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy; postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze;
Całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 5, 6, 8, 9, 10	7. dokumentacja medyczna potwierdzająca datę rozpoznania poważnego zachorowania oraz dotycząca zdiagnozowania i leczenia poważnego zachorowania: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, wyniki badań dotyczące poważnego zachorowania;
Operacja	1, 2, 11	8. dokumentacja medyczna:
Operacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 11	a) określającą datę, w której niezdolność do samodzielnej egzystencji została orzeczona, b) określającą pełen przebieg i rodzaj choroby, która spowodowała niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, c) na podstawie której zostało wydane orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji;
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 12	9. orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydany przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji;
Trwała i całkowita niezdolność do pracy	1, 2, 10, 13, 14	10. dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego - w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia;
Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 10, 13, 14	11. dokumentacja medyczna dotycząca przeprowadzonej operacji medycznej, w tym karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji oraz dokumentacja dotycząca choroby oraz jej leczenia;
		12. dokumentacja dotycząca NW i leczenia jego skutków oraz orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji;
		13. dokumentacja potwierdzająca wystąpienie trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
		14. orzeczenie lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej, decyzję organu rentowego, stwierdzającą niezdolność do pracy oraz okres na jaki została ona orzeczona, dokumentacja medyczna określająca stan zdrowia Ubezpieczonego oraz datę powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.

W przypadku Śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła za granicą, osoba uprawniona, występująca z roszczeniem, winna przedłożyć dokumenty medyczne wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa powyżej, ponosi osoba uprawniona do świadczenia.

Dokumenty należy przesyłać w formie kopii.

SALTUS TU ŻYCIE SA zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dodatkowe dokumenty, o ile będą one niezbędne do ustalenia istnienia i zakresu odpowiedzialności Towarzystwa.