

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

### DANE UBEZPIECZONEGO

UBEZPIECZONY GŁÓWNY  UBEZPIECZONY DODATKOWY (MAŁŻONEK/PARTNER)  UBEZPIECZONY DODATKOWY (PEŁNOLETNIE DZIECKO)

imię \_\_\_\_\_ nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

### ROSZCZENIE Z TYTUŁU

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO                       | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku<br>(należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”)                            |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy<br>(należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”)                 |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO               | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego<br>(należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”)            |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO               | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy<br>(należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”) |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI TEŚCIOWEJ/TEŚCIA UBEZPIECZONEGO      | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy<br>(należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”) |
|   | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie udaru mózgu lub zawału serca  |
|   | <input type="checkbox"/> samobójstwo  |
|   | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie choroby proszę podać jakiej choroby _____   |
- \_\_\_\_\_ data śmierci

imię zmarłego \_\_\_\_\_ nazwisko zmarłego \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO<br>(należy wypełnić odrębne zgłoszenie roszczenia dla każdego dziecka) | <input type="checkbox"/> OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ DRUGIEGO RODZICA |
|--|---|

imię dziecka \_\_\_\_\_ nazwisko dziecka \_\_\_\_\_ data urodzenia dziecka \_\_\_\_\_

### DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (należy wypełnić w razie zajścia nieszczęśliwego wypadku)

miejsce wystąpienia wypadku \_\_\_\_\_ data wystąpienia wypadku \_\_\_\_\_ godzina wystąpienia wypadku \_\_\_\_\_

przyczyna i okoliczności wystąpienia wypadku:  
\_\_\_\_\_

rodzaj doznanych obrażeń:  
\_\_\_\_\_

kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej:  
\_\_\_\_\_

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE  
ZGON, ZGON W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO  
WYPADKU, OSIEROCENIE DZIECKA

ZGzg/1-62-0/1

adres placówki medycznej, w której leczyl się Ubezpieczony/Współubezpieczony po wypadku:

adres Komisariatu Policji lub Prokuratury prowadzącej dochodzenie w sprawie wypadku:

W momencie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony/Współubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających  TAK  NIE

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

Jeśli zaznaczono TAK, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej: \_\_\_\_\_

**DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**

UBEZPIECZONY  UPOSAŻONY – osoba fizyczna  OPIEKUN PRAWNY UPOSAŻONEGO  UPOSAŻONY – osoba prawna  PEŁNOMOCNIK

**OSOBA FIZYCZNA:**

imię \_\_\_\_\_ nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna moich danych osobowych, w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

ulica \_\_\_\_\_ nr domu/nr mieszkania \_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_

poczta \_\_\_\_\_ nr telefonu \_\_\_\_\_ adres e-mail \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres e-mail za pośrednictwem poczty elektronicznej korespondencji dotyczącej złożonego wniosku  TAK  NIE

**OSOBA PRAWNA:**

nazwa \_\_\_\_\_ NIP/KRS \_\_\_\_\_

adres siedziby – ulica, nr domu, lokalu \_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_

nr telefonu \_\_\_\_\_ adres e-mail \_\_\_\_\_

miejscowość \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ czytelny podpis i pieczęć osoby reprezentującej osobę prawną \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**

Proszę o wypłatę świadczenia na konto: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe.

\_\_\_\_\_ D D M M R R R R \_\_\_\_\_  
miejsowość data czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

**POTRZEBNE DOKUMENTY**

**WSPÓLNE DLA WSZYSTKICH ROSZCZEŃ:**

1. Oświadczenie PEP zgłaszającego roszczenie
2. kopia dowodu osobistego zgłaszającego roszczenie
3. pełnomocnictwo dla zgłaszającego roszczenie w przypadku gdy nie jest osobą uprawnioną do świadczenia, lub w przypadku występowania w imieniu osoby małoletniej skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub zaświadczenie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekunem.
4. skrócony odpis aktu zgonu
5. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu

**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO Z KAŻDEJ PRZYCZYNY**

poz. 1 – 5

**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

6. dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku

**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY**

6. dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku przy pracy

**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO**

6. dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego

**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY**

6. dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego przy pracy

**ŚMIERĆ MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO Z KAŻDEJ PRZYCZYNY**

6. w przypadku śmierci partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą śmierci,

**ŚMIERĆ MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

6. w przypadku śmierci partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą śmierci,
7. dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku

**ŚMIERĆ DZIECKA UBEZPIECZONEGO Z KAŻDEJ PRZYCZYNY**

poz. 1 – 5

**ŚMIERĆ DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

6. dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku

**ŚMIERĆ RODZICA UBEZPIECZONEGO**

poz. 1 – 5

**ŚMIERĆ TEŚCIA UBEZPIECZONEGO**

6. aktualny odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego

**OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO**

6. skrócony odpis aktu zgonu drugiego rodzica
7. dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub przysposobienie
8. dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18
9. dokument tożsamości drugiego rodzica

<sup>1</sup> 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.

Informacja w sprawie zasad przetwarzania danych osobowych w związku ze zgłoszeniem roszczenia z Umowy ubezpieczenia.	
<b>Administrator danych:</b> osoba kontaktowa za przetwarzanie danych osobowych	<b>SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna</b> (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
<b>Inspektor ochrony danych:</b> 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
<b>Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych</b>	SALTUS TU ŻYCIE SA będzie przetwarzało dane <b>osoby zgłaszającej roszczenie</b> na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO <sup>2</sup> ) 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 <b>osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia:</b> 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.
<b>Odbiorcy danych</b> kategorie podmiotów, którym zakład ubezpieczeń udostępnia dane osobowe	W związku z realizacją powyższych celów Pani/Pana dane osobowe 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. pośrednictwa ubezpieczeniowego, 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; 2. podmiotom uprawnionym na podstawie art. 35 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w tym m.in.: innym zakładem ubezpieczeń lub zakładem 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 <b>osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia</b> mogą zostać udostępnione: 1. na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TU ŻYCIE SA w zakresie oceny ryzyka, a także 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 udzielili świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym roszczeniem, c. innym zakładem ubezpieczeń na potrzeby tych zakładów dotyczące oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych uprzednio danych, ustalenia prawa do świadczenia lub wysokości tego świadczenia, 3. bankom oraz ewentualnym podmiotom pośredniczącym w realizacji transakcji.
<b>Informacja dotycząca przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego:</b> 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 zapewni 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.

<sup>2</sup> 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

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE  
ZGON, ZGON W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO  
WYPADKU, OSIEROCENIE DZIECKA

ZGzg/1-62-0/1

<b>Informacja w sprawie zasad przetwarzania danych osobowych w związku ze zgłoszeniem roszczenia z Umowy ubezpieczenia.</b>	
<b>Okres przechowywania danych osobowych</b> jak długo będziemy posiadać Pani/Pana dane osobowe	Dane osobowe będą przechowywane w ramach dokumentacji ubezpieczeniowej przez okres związany z przedawnieniem roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, tj. przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej.
<b>Prawa przysługujące osobie,</b> której dane są przetwarzane	W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące prawa: 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.