

**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 UPRAWNIIONEGO DO ŚWIADCZENIA**

Nazwisko i imię/Nazwa pożyczkodawcy

PESEL\*

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Data urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

e-mail

Telefon

\* w przypadku braku nr PESEL proszę podać datę urodzenia

Jeżeli Uprawniony prowadzi działalność gospodarczą prosimy o podanie:

Nazwa firmy

NIP

Adres głównego miejsca wykonywania działalności

**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

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:

Miejscowość

Data

PESEL osoby reprezentującej pożyczkodawcę

Imienna pieczętka 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

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 polityczne<sup>1</sup>,
2.  jestem /  nie jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne<sup>2</sup>,
3.  jestem /  nie jestem osobą znaną, jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne<sup>3</sup>.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

<sup>1</sup> Za osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne – rozumie się przez to, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- 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,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- f) ambasadorów, charges d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, 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 oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich
- j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej;

Minister właściwy do spraw finansów publicznych w drodze rozporządzenia określa wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa pod lit. a)-g), i) oraz j) powyżej. Organizacje międzynarodowe z siedzibą w RP mogą podawać do publicznej wiadomości na swojej stronie internetowej aktualne stanowiska oraz funkcje w tych organizacjach międzynarodowych będące eksponowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa pod lit. h) powyżej.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.  |  |
|---|--|
| <b>Administrator danych:</b><br>podmiot, który odpowiada za przetwarzanie danych osobowych  | <b>SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna</b> (w dalszej części: SALTUS TU ŻYCIE SA)<br>ul. Władysława IV 22<br>81-743 Sopot<br>tel. (58) 770 36 90<br>tel. 801 888 666<br>e-mail: info@saltus.pl  |
| <b>Inspektor ochrony danych:</b><br>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:<br>tel. (58) 770 36 90<br>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) w celach:<br>1. obsługi zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia,<br>2. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń,<br>3. ustalenia oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń zakładu ubezpieczeń.<br><br>SALTUS TU ŻYCIE SA będzie przetwarzało dane <b>osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia</b> :<br>1. na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w celach:<br>a. wykonania umowy ubezpieczenia, w szczególności ustalenia okoliczności zdarzenia objętego ubezpieczeniem oraz odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, ustalenia prawa osoby uprawnionej do świadczenia oraz wartości świadczenia,<br>b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego (nie dotyczy osoby uposażonej),<br>c. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń,<br>d. statystycznych, w tym związanych z ustalaniem wysokości składek ubezpieczeniowych (nie dotyczy osoby uposażonej);<br>2. na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego w celu obsługi ewentualnych reklamacji;<br>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;<br>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.<br>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><br>kategorie podmiotów, którym zakład ubezpieczeń udostępnia dane osobowe  | Dane <b>osoby zgłaszającej roszczenie</b> oraz <b>osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia</b> mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców:<br>1. na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TU ŻYCIE SA, w szczególności w zakresie:<br>a. dystrybucji ubezpieczeń,<br>b. utrzymania elementów infrastruktury teleinformatycznej, w szczególności systemów informatycznych i aplikacji,<br>c. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,<br>d. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej lub obrony przed roszczeniami;<br>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,<br>3. innym podmiotom, których uprawnienie do żądania udostępnienia danych osobowych wynika z przepisów obowiązującego prawa.<br><br>Ponadto dane <b>osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia</b> mogą zostać udostępnione:<br>1. na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TU ŻYCIE SA w zakresie:<br>a. oceny ryzyka ubezpieczeniowego,<br>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),<br>2. na podstawie Pani/Pana zgody, w związku z art. 38 i 39 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (nie dotyczy osoby uposażonej):<br>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<br>b. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzieliли świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym roszczeniem,<br>c. innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby tych zakładów dotyczące oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych uprzednio danych, ustalenia prawa do świadczenia lub wysokości tego świadczenia,<br>3. podmiotom pośredniczącym w wymianie korespondencji, w tym prowadzonej w formie elektronicznej;<br>4. bankom oraz ewentualnym podmiotom pośredniczącym w realizacji transakcji. |
| <b>Informacja dotycząca przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego:</b><br>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.<br>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.<br>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   |
| <b>Okres przechowywania danych osobowych</b><br>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.   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Prawa przysługujące osobie,</b><br>której dane są przetwarzane | W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące prawa:<br>1. prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania kopii danych,<br>2. prawo do sprostowania, uzupełnienia swoich danych osobowych,<br>3. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych<br>oraz, w uzasadnionych przypadkach:<br>4. prawo do usunięcia danych osobowych,<br>5. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,<br>6. prawo do przenoszenia danych osobowych,<br>7. prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych opartego na prawnie uzasadnionym interesie administratora,<br>8. prawo do odwołania w każdym czasie uprzednio wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych. |
|---|--|

<sup>1</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

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**

WYKAZ DOKUMENTÓW (DO PRZEDŁOŻENIA) NIEZBĘDNYCH DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

| Rodzaj zdarzenia  | Wymagany rodzaj dokumentu | Rodzaj dokumentu   |
|---|---------------------------|--|
| <b>Śmierć</b>   | 1, 2, 3, 4                | 1. Wniosek o wypłatę świadczenia;  |
| <b>Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku</b>  | 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;   |
| <b>Pobyt w szpitalu w wyniku choroby</b>  | 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;   |
| <b>Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku</b>                                  | 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;                                    |
| <b>Poważne zachorowanie</b>   | 1, 2, 7                   | 5. karta informacyjna leczenia szpitalnego;  |
| <b>Całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji</b>                                  | 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;                          |
| <b>Całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku</b> | 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;   |
| <b>Operacja</b>   | 1, 2, 11                  | 8. dokumentacja medyczna:<br>a) określającą datę, w której niezdolność do samodzielnej egzystencji została orzeczona,<br>b) określającą pełen przebieg i rodzaj choroby, która spowodowała niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,<br>c) na podstawie której zostało wydane orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji; |
| <b>Operacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku</b>  | 1, 2, 6, 11               | 9. orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydany przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji;  |
| <b>Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku</b>                      | 1, 2, 6, 12               | 10. dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego - w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia;  |
| <b>Trwała i całkowita niezdolność do pracy</b>  | 1, 2, 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;   |
| <b>Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku</b>           | 1, 2, 6, 10, 13, 14       | 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.