

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

(uniwersalny)

Numer certyfikatu/ wniosku/ polisy:	
Rodzaj ubezpieczenia:	☐ ochronne ☐ inwestycyjne ☐ pracownicze

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY					
☐ Ubezpieczonego	☐ Małżonka	☐ Dziecka	☐ Rodzica	☐ Teścia	☐ Partnera

RODZAJ UBEZPIECZENIA	
☐ inwestycyjne	☐ pracownicze
☐ indywidualne ubezpieczenie Spektrum	
INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM (podanie danych jest wymagane)	
Typ roszczenia	
☐ Śmierć	☐ Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku	☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego
☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy	☐ Śmierć wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu
☐ Urodzenie Dziecka	☐ Urodzenie martwego Dziecka
☐ Osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego	☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	☐ Pobyt w Szpitalu na OIOM
☐ Pobyt w szpitalu	☐ Rekonwalescencja po Pobycie w Szpitalu
☐ Leczenie w Sanatorium po Pobycie w Szpitalu	☐ Rehabilitacja po Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Operacja chirurgiczna	☐ Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego - Wariant II
☐ Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego - Wariant I	☐ Całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji
☐ Ciężka Choroba	☐ Inne, jakie:
☐ Trwałe częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	

RODZAJ UBEZPIECZENIA	
☐ zabezpieczenie kredytu	☐ zabezpieczenie pożyczki
☐ zabezpieczenie leasingu	
INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM (podanie danych jest wymagane)	
Typ roszczenia	
☐ Śmierć	☐ Trwała i całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
☐ Całkowita niezdolność do pracy	☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	☐ Choroba nowotworowa
☐ Trwałe inwalidztwo/Trwałe częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku	☐ Niezdolność do spłaty Kredytu wskutek Ciężkiej choroby
☐ Całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji	☐ Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku
☐ Inne, jakie:	

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE UBEZPIECZONEGO (podanie danych jest wymagane)	
Imiona:	
Nazwisko:	
Państwo urodzenia:	Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)
Obywatelstwo:	PESEL:
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:	
Zawód (nazwa/ stanowisko):	Płeć:
	☐ kobieta ☐ mężczyzna

Adres zamieszkania			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Kraj:	

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (podanie danych jest wymagane w przypadku, gdy osoba zgłaszająca nie jest Ubezpieczonym)			
Imiona:			
Nazwisko:			
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)		Państwo urodzenia:	
PESEL:		Obywatelstwo:	
Nazwa, seria i numer doku- mentu tożsamo- ści:		Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym:			

Poniższe wypełnić w przypadku, gdy uprawniony jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej			
Nazwa firmy:			
NIP:		Regon:	
Adres zamieszkania (podanie danych jest wymagane w przypadku, gdy osoba zgłaszająca nie jest Ubezpieczonym)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Województwo:	
Kraj:			
Telefon:		Adres e-mail:	

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż zamieszkania)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszka- nia:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Województwo:	
Kraj:			
☐ Wyrażam zgodę/ ☐ Nie wyrażam zgody na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego Formularza zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podane- go przeze mnie adresu e-mail. Prosimy o podanie adresu e-mail :			

DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA (podanie danych jest wymagane)			
Przelew: ☐		Przekaz pocztowy: ☐	
Imię i nazwisko właściciela rachunku:			
Nazwa Banku:			
Numer rachunku bankowego:			

Adres zamieszkania właściciela rachunku lub Adres do przekazu pocztowego świadczenia ubezpieczonego (podanie danych jest wymagane)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Pocztą:		Województwo:	
Kraj:		Obywatelstwo:	

DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE NP. DZIECKO, RODZIC, PARTNER (podanie danych jest wymagane)	
Imiona:	
Nazwisko:	
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)	
PESEL:	Obywatelstwo:

SZCZEGÓŁY ZDARZENIA (podanie danych jest wymagane)	
Data zgonu: (dd/mm/rrrr)	
Przyczyna zgonu (wypadek, choroba, inna):	
Data urodzenia dziecka: (dd/mm/rrrr)	
Data zdiagnozowania Ciężkiej choroby/ Choroby nowotworowej: (dd/mm/rrrr)	
Nazwa choroby:	
Data pierwszego rozpoznania: (dd/mm/rrrr)	
Data pierwszego zgłoszenia się do lekarza w związku z chorobą: (dd/mm/rrrr)	
Okres pobytu w szpitalu:	
Od (dd/mm/rrrr)	Do (dd/mm/rrrr)
Przyczyna pobytu w szpitalu:	
Rodzaj zabiegu specjalistycznego:	
Data wykonania zabiegu specjalistycznego: (dd/mm/rrrr)	
Data powstania niezdolności do pracy i/lub samodzielnej egzystencji: (dd/mm/rrrr)	
Przyczyna niezdolności do pracy:	
Data operacji chirurgicznej: (dd/mm/rrrr)	
Nazwa operacji:	

SZCZEGÓŁY ZDARZENIA POWSTAŁEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (podanie danych jest wymagane)

Data wypadku: (dd/mm/rrr)			
Miejsce wypadku:			
Opis okoliczności wypadku:			
Czy w chwili wypadku był/a Pan/ Pani pod wpływem alkoholu? (zaznaczyć właściwe)	☐ TAK	☐ NIE	
Czy na miejsce wypadku była wzywana policja? (zaznaczyć właściwe)	☐ TAK	☐ NIE	
Jeśli na miejsce wypadku była wzywana policja prosimy o podanie adresu komendy policji prowadzącej dochodzenie:			

DANE PLACÓWEK MEDYCZNYCH, PORADNI SPECJALISTYCZNYCH, PRZYCHODNI, LEKARZY, SZPITALI, W KTÓRYCH PROWADZONO LECZENIE W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM UBEZPIECZENIOWYM:
Daty leczenia, konsultacji:
Dane placówki:
Adres miejsca pracy lekarza/ placówki, Telefon do placówki medycznej/ lekarza:

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
1. Administrator danych Administratorem danych osobowych jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (kod: 01 - 208), ul. Przyokopowa 33. Z Administratorem danych można się skontaktować poprzez: formularz kontaktowy pod adresem https://new.openlife.pl/kontakt/, adres email: info@openlife.pl, telefonicznie pod numerem: 801 222 333 lub +48 22 101 41 60 od poniedziałku do piątku w dni powszednie w godzinach 8:00 – 19:00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych. 2. Inspektor Ochrony Danych U Administratora danych wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych. Z Inspektorem można skontaktować się mailowo poprzez kontakt na adres: iod@openlife.pl lub przesyłając pismo na adres: Inspektor Ochrony Danych Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, ul. Przyokopowa 33, 01 -208 Warszawa. 3. Cele przetwarzania, podstawy prawne przetwarzania i prawnie uzasadnione interesy realizowane przez Administratora danych Towarzystwo Ubezpieczeń będzie przetwarzać dane osobowe, w celu: 1) wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty świadczenia – podstawą prawną przetwarzania jest wypełnienie przez Administratora danych obowiązków wynikających z przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub niezbędność do wykonania Umowy ubezpieczenia, której stroną jest osoba której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą. Podstawą prawną dla przetwarzania danych o stanie zdrowia jest zgoda osoby, której dane dotyczą; 2) wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych wynikającego z przepisów ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu; 3) wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS - podstawą prawną

przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowej z innymi państwami;

- 4) ewentualnego podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń w celu i zakresie niezbędnym do zapobiegania temu przestępstwu - podstawą prawną przetwarzania jest wypełnienie przez Administratora danych obowiązków wynikających z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych; uzasadnionym interesem Administratora danych jest możliwość zapobiegania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń;
- 5) ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą Umową ubezpieczenia - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych; uzasadnionym interesem Administratora danych jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń.

4. Odbiorcy danych osobowych

Odbiorcami danych osobowych mogą być: zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Rzecznik Finansowy, organy administracji państwowej na podstawie i w granicach obowiązujących przepisów prawa, z których wynika obowiązek udostępnienia danych, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej, kancelarie prawne świadczące usługi prawne na rzecz Administratora danych. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym te dane na zlecenie Administratora danych, w szczególności Agentom obsługującym Umowę ubezpieczenia, dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacji dokumentów, lekarze orzecznicy przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem danych w sposób zgodny z poleceniami Administratora danych.

5. Przekazywanie danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

6. Przechowywanie danych osobowych

Dane osobowe przechowywane będą do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. W przypadku złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych dla celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, Administrator danych przestanie przetwarzać dane osobowe przetwarzane wcześniej dla tych celów, chyba że wykaże istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby której dane dotyczą lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń.

7. Prawa osoby, której dane dotyczą

Osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora danych dostępu do swoich danych osobowych, oraz ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora danych lub przez stronę trzecią, osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących jej danych osobowych. W szczególności osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania. W zakresie, w jakim dane osobowe osoby której dane dotyczą są przetwarzane w celu zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia lub przetwarzania na podstawie zgody, a przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany - osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora danych przeniesienia swoich danych osobowych. Realizacja tego prawa polega na możliwości żądania przekazania przez Administratora danych osobowych osobie której dane dotyczą w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Osoba której dane dotyczą może przesłać te dane innemu Administratorowi danych lub ma prawo żądania od Administratora danych przesłania swoich danych osobowych bezpośrednio innemu Administratorowi danych, o ile jest to technicznie możliwe. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany w ust. 1 lub ust. 2 powyżej.

8. Prawo do wycofania zgody

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda, osoba której dane dotyczą ma prawo wycofania zgody w każdym czasie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. W celu wycofania zgody należy skontaktować się z Administratorem danych lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany w ust. 1 lub ust. 2 powyżej.

9. Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego

Osobie której dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

10. Dobrowolność lub obowiązek podania danych i ich konsekwencje

Podanie danych osobowych, w zakresie wskazanym w niniejszym formularzu, jest dobrowolne, lecz niezbędne do wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty świadczenia. W przypadku niepodania danych osobowych w zakresie wskazanym w formularzu zgłoszenia roszczenia, w tym danych osobowych o stanie zdrowia, lub niewyrażenia zgody na przetwarzanie danych o stanie zdrowia dla celów wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty roszczenia bądź jej późniejszego wycofania, może nie być możliwe wykonanie Umowy ubezpieczenia, w tym dokonanie wypłaty świadczenia na rzecz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

1) Zostałem/Zostałam poinformowany/a, że w przypadku wyrażenia poniższej zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, mam możliwość jej wycofania w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. Informacja dotycząca sposobu wycofania zgody została zamieszczona na stronie internetowej www.openlife.pl w zakładce Polityka Prywatności.

☐ **Wyrażam zgodę/** ☐ **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia w zakresie zawartym w złożonych wnioskach i oświadczeniach, w tym na etapie złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, jak również pochodzących od podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń zdrowotnych oraz Narodowego Funduszu w celu wykonania Umowy ubezpieczenia;

UPOWAŻNIENIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ

- Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A., od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres udostępnionych Open Life TU Życie S.A. informacji o moim stanie zdrowia może obejmować informacje o:
 - przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
 - przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
 - wynikach przeprowadzonych konsultacji;
 - przyczynie śmierci ubezpieczonego z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Open Life TU Życie S.A. oraz wysokości świadczenia.

INNE OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, iż przesłane kopie dokumentów są zgodne z posiadanymi przeze mnie oryginałami lub uwierzytelnionymi przez uprawnione podmioty kopiami dokumentów. Mam świadomość, że Open Life TU Życie S.A. zastrzega sobie prawo żądania do wglądu oryginałów dokumentów. Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie i/lub przerobienie dokumentu, i posługiwanie się takim dokumentem jako autentycznym może spowodować negatywne konsekwencje określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, w tym może zostać uznane za przestępstwo w rozumieniu kodeksu karnego.

Miejscowość i data zgłoszenia roszczenia (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA PRZEZ AGENTA, PRZEDSTAWICIELA UBEZPIECZAJĄCEGO LUB OPEN LIFE

Rodzaj dokumentu tożsamości na podstawie którego dokonano weryfikacji osoby zgłaszającej: (zaznaczyć właściwy)

☐ dowód osobisty

☐ paszport

☐ karta pobytu
(stałego lub czasowego)

Seria i numer:

Organ wydający dokument:

Data wydania (dd/mm/rrrr):

Data obowiązywania (dd/mm/rrrr):
(w przypadku karty czasowego pobytu)

Miejscowość i data zgłoszenia roszczenia (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis osoby upoważnionej

WAŻNE INFORMACJE:

1. Wszystkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być dostarczone do Towarzystwa Ubezpieczeń w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo zwrócić się o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.