



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z umowy:

- ☐ Indywidualny Program Ochronny na Życie albo grupowe ubezpieczenie Program Ochronny na Życie – wariant Standard dla Klientów Getin Noble Bank S.A.
- ☐ Indywidualny Program Ochronny na Życie albo grupowe ubezpieczenie Program Ochronny na Życie – wariant Optimum dla Klientów Getin Noble Bank S.A.
- ☐ Indywidualny Program Ochronny na Życie albo grupowe ubezpieczenie Program Ochronny na Życie – wariant Senior dla Klientów Getin Noble Bank S.A.

Ubezpieczony

Nazwisko _____ Imiona _____

PESEL _____ Telefon komórkowy _____ E-mail _____

Numer wnioskopolisy / Deklaracji zgody lub Umowy kredytu _____

Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

Przyczyna i okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:

Nazwa i adres placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się Ubezpieczony w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie w sprawie śmierci Ubezpieczonego toczy się postępowanie:

Osoba powiadamiająca o zdarzeniu ubezpieczeniowym

Nazwisko _____ Imiona _____

+48 _____ +48 _____ E-mail _____
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

Jeżeli zgłaszający jest Uposażonym/Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należy również podać następujące dane:

DDMMRRRR _____
Data urodzenia PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

☐ dowód osobisty
☐ paszport
☐ inny (podać jaki) _____

Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____ Państwo urodzenia _____

Adres zamieszkania

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

Forma wypłaty świadczenia¹

☐ Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

Kod pocztowy Miejscowość Ulica Numer domu/lokalu

☐ Przekaz pocztowy

Adres:

Kod pocztowy Miejscowość Ulica Numer domu/lokalu

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Ubezpieczyciela oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio: w przypadku umów indywidualnych – przez przedstawiciela Agenta (Getin Noble Bank S.A.), w przypadku umów grupowych – przez Ubezpieczającego (Getin Noble Bank S.A. albo ProExpert Sp. z o.o.), notariusza, pracownika USC zgodnie z jego kompetencjami, pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika przychodni, Szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

☐ ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

Do zgłoszenia należy dołączyć (o ile niżej wymieniona dokumentacja z uwagi na okoliczności powstania zdarzenia została sporządzona i na podstawie obowiązującego prawa może być uzyskana przez Uprawnionego):

- ☐ odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- ☐ kopię karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci
- ☐ kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.)
- ☐ kopię dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, obejmującej okres 2 lat przed złożeniem wniosku albo Deklaracji zgody do momentu zgłoszenia roszczenia
- ☐ kopię protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- ☐ kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia

☐ TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- ☐ kopię orzeczenia komisji lekarskiej ZUS lub innego organu rentowego o Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy

- ☐ kopię dokumentacji medycznej dotyczącej schorzenia będącego przyczyną Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poświadczoną za zgodność z oryginałem (np. kopia wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Ubezpieczonego na komisję ZUS); w przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci kopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych, opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.), konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie, protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte
- ☐ kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

☐ HOSPITALIZACJA UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- ☐ kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- ☐ kopię dokumentacji potwierdzającej nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), wraz z opisem okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego
- ☐ kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

Oświadczenia

Oświadczenie Ubezpieczonego dotyczące roszczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy

Niniejszym oświadczam, że na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie nabyłem prawa do emerytury na podstawie przepisów prawa polskiego, ZUS ani inny organ rentowy nie orzekł w stosunku do mnie częściowej ani całkowitej niezdolności do pracy. Nie pobierałem świadczeń emerytalnych.

☐ Tak ☐ Nie

Oświadczenie Ubezpieczonego dotyczące roszczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (Towarzystwo), moich danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu, do celów związanych z obsługą zgłaszanego roszczenia.

Zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy mnie leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.

Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

☐ Tak ☐ Nie

Oświadczenie osoby Uprawnionej/Uposażonego do odbioru świadczenia

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne²:

☐ Tak ☐ Nie

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli oświadczenie zostało zaznaczone na „Tak”, Uprawniony/Uposażony wypełnia dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej zgodnie z instrukcją zamieszczoną na formularzu.

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- ☐ otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
- ☐ otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego

Czytelny podpis Uprawnionego/Uposażonego (jeśli jest inny niż Ubezpieczony)

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie (jeśli inna niż Ubezpieczony/Uprawniony/Uposażony)

Prosimy przesłać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Bancassurance**

Nazwisko					Imię				
Miejscowość	DDMMRRRR				Data		Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek		

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

- Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
- Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
 - wykonania umowy ubezpieczenia, w tym np. rozpatrzenia roszczenia z umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a w zakresie, w jakim do wykonania umowy ubezpieczenia niezbędne jest przetwarzanie Państwa danych osobowych o stanie zdrowia (tzw. szczególne kategorie danych osobowych lub dane wrażliwe) – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta zgoda została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
 - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
 - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
 - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę AXA.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem rozpatrzenia roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność oceny zasadności roszczenia.
- Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
 - do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
 - do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
 - do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.
- AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
 - podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
 - podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
- Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).
Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie axa.pl.
- Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
- Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: inspektor@axa.pl*.

Ważne:

Treści oznaczone (*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r. bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie 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 (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływana powyżej jako Ustawa.

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

2. Klient składa oświadczenie zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Za takie osoby uznaje się w szczególności:

- osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz
- osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób,
- członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków).