

44. Data zdarzenia

DD / MM / RRRR

45. Opis dotychczasowego leczenia

46. Czy zawał serca/udar mózgu, który wystąpił jest: ☐ 47. pierwszym ☐ 48. kolejnym (zaznaczyć w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zawału serca/udaru mózgu)

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

Dokumentacja niezbędna w celu rozpatrzenia roszczenia (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty):

- ☐ 49. kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (Podstawa prawna – art. 34 ust. 4 Ustawy z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu)
- ☐ 50. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- ☐ 51. kopia dokumentacji medycznej z leczenia (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań RTG, USG, TK, MR, etc.)
- ☐ 52. kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub dokładne adresy placówek medycznych, w których miało miejsce leczenie Ubezpieczonego
- ☐ 53. kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej (w przypadku zgłoszenia trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej)
- ☐ 54. kopia zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy wystawionego na druku ZUS ZLA tj. L4 (w przypadku zgłoszenia rekonwalescencji poszpitalnej)

- ☐ 55. kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (Podstawa prawna – art. 34 ust. 4 Ustawy z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu)
- ☐ 56. kopia aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego (nie starszy niż 3 miesiące) lub kopia odpisu aktu małżeństwa ze starszą datą ydania wraz z podpisanym oświadczeniem małżonka o pozostawaniu w związku małżeńskim
- ☐ 57. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- ☐ 58. kopia dokumentacji medycznej z leczenia (historia chorób z leczenia ambulatoryjnego, historia chorób z gabinetu lekarzy specjalistów, opisy wyników badań RTG, USG, TK, MR, etc.)
- ☐ 59. kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub dokładne adresy placówek medycznych, w których miało miejsce leczenie małżonka lub partnera życiowego

- ☐ 60. kopia dokumenty potwierdzającego dane osobowe Ubezpieczonego (Podstawa prawna – art. 34 ust. 4 Ustawy z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu)
- ☐ 61. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka
- ☐ 62. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- ☐ 63. kopia dokumentacji medycznej z leczenia (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego, historia choroby z gabinetu lekarzy specjalistów, opisy wyników badań RTG, USG, TK, MR, etc.)
- ☐ 64. kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub dokładne adresy placówek medycznych, w których miało miejsce leczenie Dziecka
- ☐ 65. kopia zaświadczenia o nauce w szkole lub na uczelni wyższej (jeżeli Dziecko ukończyło 18 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia oraz kontynuuje naukę)

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.

66. Przelew na rachunek bankowy numer:

[illegible]

67. Imię _____ 68. Nazwisko _____

--	--	--	--

68. Nazwisko _____

[illegible][illegible]

70. Nr domu / mieszkania	71. Kod pocztowy	72. Miejscowość
--------------------------	------------------	-----------------

71. Kod pocztowy	72. Miejscowość
------------------	-----------------

72. Miejscowość

[illegible]

Oświadczenia i Zgody Małżonka/Partnera życiowego/Dziecka (lub opiekuna prawnego niepełnoletniego Dziecka)

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przez mnie nieprawdziwych informacji w celu osiągnięcia korzyści majątkowych może narazić mnie na odpowiedzialność karną.
2. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez PTUŃ od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, dotyczących mnie informacji oraz dokumentacji medycznej o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, ze stanem mojego zdrowia, z weryfikacją podanych przeze mnie danych, a także informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- ☐ 73. Tak ☐ 74. Nie

Wyrażenie zgody, o której mowa w pkt 2 powyżej, jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego i zasadności zgłoszonych roszczeń. Jej niewyrażenie uniemożliwi rozpatrzenie sprawy. Ponadto wszelką dokumentację, która będzie niezbędna na etapie likwidacji roszczenia, będzie Pani/Pan zobowiązana/y uzyskać i dostarczyć do Towarzystwa we własnym zakresie co znacząco wydłuży postępowanie likwidacyjne.

75. Miejscowość _____ 76. Data _____ 77. Podpis _____

DD / MM / RRRR

76. Data 77. Podpis

DD / MM / RRRR

77. Podpis _____

Klauzule informacyjne

1. Administrator danych
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez **Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.** z siedzibą w Warszawie (02-685), przy ul. Rodziny Hiszpańskich 8 („**Towarzystwo**”).
2. Inspektor Ochrony Danych
- e-mail: IODO@ubezpieczeniapocztowe.pl
3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
- 1) wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a także zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,

2) wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,

3) dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,

4) przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,

5) rachunkowych, przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z zawartą umową zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione,

6) podatkowych, przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy wynikający z rozliczenia zawartej umowy.
4. Okres przechowywania danych
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa dotyczących rachunkowości oraz przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
5. Ujawnianie danych osobowych
- Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji i innym zakładom ubezpieczeń oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa, m.in. dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom wykonującym na rzecz Towarzystwa czynności ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą
- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Ma Pani/Pan prawo do otrzymania od Towarzystwa Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które zostały przez Panią/Pana dostarczone Towarzystwu w celu wykonywania umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do żądania, by powyższe dane zostały przesłane przez Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.
7. Organ nadzoru
- Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczenia Ubezpiezonego

Wypełnienie poniższych oświadczeń jest konieczne w związku z ustawą z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

1. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne⁽²⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 78. Tak ☐ 79. Nie
2. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne⁽⁴⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 80. Tak ☐ 81. Nie
3. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne⁽⁵⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 82. Tak ☐ 83. Nie

Jest świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia/oświadczeń.

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi na „Tak” wymagane jest wypełnienie danych w zakresie źródeł majątku Ubezpiezonego (Uprawnionego) i źródeł pochodzenia wartości majątkowych.

Źródła majątku Ubezpiezonego (Uprawnionego) i źródła pochodzenia wartości majątkowych.

☐ 84. umowa o pracę

☐ 85. działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód

☐ 86. spadek

☐ 87. kredyt

☐ 88. darowizna

☐ 89. wygrana losowa

☐ 90. emerytura lub renta

☐ 91. inne

Jednocześnie zobowiązuję się do aktualizacji podanych danych w przyszłości.

Dane beneficjenta rzeczywistego ⁽³⁾

Uwaga: Zazwyczaj Uprawniony będący osobą fizyczną nie posiada beneficjenta rzeczywistego, jeśli jednak go posiada, podaje jego dane poniżej.

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1

92. Imię

93. Nazwisko

94. Nazwisko rodowe

95. PESEL

96. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)

DD / MM / RRRR

97. Obywatelstwo

98. Państwo urodzenia

99. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)

100. Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania beneficjenta rzeczywistego nr 1

101. Ulica

102. Nr domu / nr lokalu

103. Kod pocztowy

104. Miejscowość

105. Kraj

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 2

106. Imię

107. Nazwisko

108. Nazwisko rodowe

109. PESEL

110. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)

DD / MM / RRRR

111. Obywatelstwo

112. Państwo urodzenia

113. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)

114. Seria i numer dokumentu tożsamości

[illegible]

1. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 1 jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 120. Tak ☐ 121. Nie
2. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 1 jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 122. Tak ☐ 123. Nie
3. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 1 jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 124. Tak ☐ 125. Nie
4. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 2 jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 126. Tak ☐ 127. Nie
5. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 2 jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 128. Tak ☐ 129. Nie
6. Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 2 jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. ☐ 130. Tak ☐ 131. Nie

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przez mnie nieprawdziwych informacji w celu osiągnięcia korzyści majątkowych może narazić mnie na odpowiedzialność karną.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Pocztove Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. dostępnym na stronie internetowej www.ubezpieczeniapocztove.pl ☐ 132. Tak ☐ 133. Nie
3. Przystępując do Pocztowego Ubezpieczenia na Życie zrezygnowałem/am z innego ubezpieczenia grupowego na życie. ☐ 134. Tak ☐ 135. Nie

1. ☐ Tak ☐ Nie Wyrażam zgody na uzyskiwanie przez PTUnŻ od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, dotyczących mnie informacji oraz dokumentacji medycznej o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, ze stanem mojego zdrowia, z weryfikacją podanych przeze mnie danych, a także informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej, w tym informacji, po mojej śmierci.

2. ☐ Tak ☐ Nie Wyrażam zgody na zasięganie przez PTUnŻ informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek medycznych, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej, w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia.

3. ☐ Tak ☐ Nie Wyrażam zgody na udostępnianie innym zakładom ubezpieczeń i uzyskiwanie przez PTUnŻ od innych zakładów ubezpieczeń dotyczących mnie informacji w zakresie potrzebnym do ustalania prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń.

4. ☐ Tak ☐ Nie Wyrażam zgody na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego roszczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail podany w niniejszym zgłoszeniu. Mam świadomość, że w każdej chwili mogę zażądać przesyłania korespondencji w formie pisemnej.

5. ☐ Tak ☐ Nie Wyrażam zgody na przesyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznawaniu świadczenia.

DD / MM / RRRR

137. Data rezygnacji z wcześniejszego ubezpieczenia

DD / MM / RRRR

138. Miejscowość

139. Data

140. Podpis Ubezpieczonego

F.5-1.12.20.PTU_nŽ