

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU

PROSIMY ZAZNACZYĆ ZGODNIE Z ZAWARTĄ UMOWĄ UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO*:

Numer polisy:

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> śmierci | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> pobytu w szpitalu | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> operacji | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> poważnego zachorowania | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> całkowitego lub częściowego inwalidztwa | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> uszczerbku na zdrowiu | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Dziecka |
| <input type="checkbox"/> choroby śmiertelnej | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | |
| <input type="checkbox"/> śmierci lub inwalidztwa w następstwie NW | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | |
| <input type="checkbox"/> inne | | |

Otrzymano w Oddziale Pramerica

Otrzymano w Oddziale Pośrednika

ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADEK Z TYTUŁU (proszę zaznaczyć):

- Długotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy Częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego

Prosimy o wypełnienie wniosku drukowanymi literami, niebieskim długopisem. Pola oznaczone literami: A, D, H, J, M należy wypełnić w każdym przypadku zgłaszania roszczenia. Pozostałe pola prosimy wypełnić zgodnie z opisem znajdującym się w danej części formularza.

A. DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nr telefonu	Adres e-mail	
Adres zamieszkania: Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	Państwo urodzenia	

Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.

B. DANE IDENTYFIKACYJNE UPOSAŻONEGO

(prosimy wypełnić w przypadku śmierci Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko

PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nr telefonu	Adres e-mail	
Adres zamieszkania: Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	Państwo urodzenia	

Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.

C. DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA UBEZPIECZONEGO

(prosimy wypełnić jeśli zdarzenie dotyczy Dziecka)

Imię i nazwisko

PESEL

D. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

(rodzaj i przyczyna zdarzenia)

Data zdarzenia

Miejsce zdarzenia

Przyczyna zdarzenia*: wypadek (prosimy wybrać jaki): w pracy w domu komunikacyjny inny

choroba (prosimy wpisać jaka)

inna przyczyna (prosimy wpisać przyczynę zdarzenia)

Jeśli zdarzeniem jest śmierć Ubezpieczonego/Dziecka, czy wykonano sekcję zwłok? Tak Nie

Jeśli tak prosimy o dołączenie jej wyniku.

*Prosimy zaznaczyć odpowiednie pola

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZONYM ROSZCZENIEM

Kto jest administratorem moich danych i z kim mogę się kontaktować?

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Pramerica Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa (dalej jako „Pramerica”). Z administratorem danych można kontaktować się poprzez adres email: kontakt@pramerica.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.pramerica.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Pramerica.
 - We wszelkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności korzystania z przysługujących Pani/Panu praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, można kontaktować się z wyznaczonym w Pramerica inspektorem ochrony danych poprzez adres email: iod@pramerica.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.pramerica.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Pramerica (najlepiej z dopiskiem „RODO”).
- Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych**
- Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane przez Pramerica w następujących celach:

Cel przetwarzania	Podstawa prawna przetwarzania
Wykonanie umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprosowanie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia, dotyczących do wniosku dokumentów dotyczących zgłaszanego zdarzenia, w tym kserokopii tych dokumentów, dokumentów zgromadzonych na etapie weryfikacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłaty świadczenia. Reasekuracja ryzyk ubezpieczeniowych.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Pramerica; niezbędność przetwarzania do zawarcia i wykonania umowy; zgoda na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Pramerica (tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia na życie); zgoda na przekazanie reasekuratorowi danych dotyczących zdrowia. Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Pramerica, wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z raportowaniem obowiązków wynikających z umowy pomiędzy rządem Rzeczypospolitej Polskiej a rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki (tzw. FATCA) oraz z przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Pramerica, wynikających z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych i wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa ubezpieczeniowego, m.in. w zakresie zarządzania ryzykiem, obowiązków raportowych i sprawozdawczych.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Pramerica, wynikających z przepisów regulujących prowadzenie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z innych przepisów prawa polskiego oraz unijnego.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Pramerica, wynikających m.in. z przepisów prawa podatkowego oraz przepisów o rachunkowości.
Przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Pramerica oraz innych zakładów ubezpieczeń (tj. przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń).
Dochodzenie roszczeń i obrona przed roszczeniami w związku z zawartą umową ubezpieczenia na życie.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Pramerica (tj. dochodzenie i obrona przed roszczeniami).
Marketing bezpośredni produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług (tj. otrzymywanie od Pramerica oferty tego rodzaju produktów i usług).	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Pramerica (tj. prezentowanie oferty produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług) oraz dodatkowo zgoda – w odniesieniu do elektronicznego oraz telefonicznego kanału komunikacji.

- Jednym ze sposobów przetwarzania przez Pramerica danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że:
 - w oparciu o informacje dotyczące produktów ubezpieczeniowych klienta pozyskiwanych na etapie wypłaty świadczenia (jednak bez uwzględnienia informacji dotyczących zdrowia) Pramerica tworzy profile preferencji klientów, co pozwala na dostosowanie oferty produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług do znanych lub przewidywanych potrzeb lub oczekiwań poszczególnych klientów.

Przetwarzanie przez Pramerica danych osobowych, o którym mowa powyżej nie odbywa się w sposób w pełni automatyzowany, tzn. w każdym przypadku zapewniony jest udział człowieka w tego rodzaju operacjach, w szczególności z związku z podejmowaniem decyzji o objęciu (lub nie) ochroną ubezpieczeniową.

Przez jaki okres dane osobowe mogą być przechowywane?

- Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych zależy od celu ich przetwarzania i wynosi:
 - w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia na życie oraz dochodzeniem roszczeń i obroną przed roszczeniami z nią związanymi – do czasu przedawnienia tych roszczeń (okres ten wynika z Kodeksu cywilnego, przepisów prawa ubezpieczeniowego);
 - w związku z realizacją obowiązków prawnych – do czasu wygaśnięcia obowiązku (np. dokumenty księgowe, w tym zawarte w nich dane, wymagają przechowywania przez okres 5 lat);
 - w związku z marketingiem bezpośrednim – do czasu zgłoszenia Pani/Pana sprzeciwu lub wycofania stosownej zgody.

Komu dane osobowe mogą być przekazywane?

- Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym podmiotom:
 - zakładom reasekuracji, w tym General Reinsurance AG z siedzibą w Kolonii (Niemcy) oraz RGA International Reinsurance Company Dac z siedzibą w Dublinie (Irlandia) – w związku z reasekuracją ryzyk ubezpieczeniowych;
 - innym zakładom ubezpieczeń – w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń oraz realizacją obowiązków prawnych ciążących na Pramerica;
 - agentom ubezpieczeniowym Pramerica – w związku z realizacją procesu likwidacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - podmiotom działającym na podstawie przepisów prawa (organom publicznym), w tym m.in. Komisji Nadzoru Finansowego oraz Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – w związku z realizacją obowiązków prawnych ciążących na Pramerica;
 - podmiotom świadczącym na rzecz Pramerica usługi, w tym np. dostawcom usług w zakresie orzecznictwa medycznego, dostawcom usług informatycznych, dostawcom usług prawnych i doradczych – w związku ze świadczeniem tych usług.

Przekazywanie danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy

- Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane podmiotom z grupy kapitałowej, do której należy Pramerica, do Stanów Zjednoczonych Ameryki. Stany Zjednoczone Ameryki nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające na swym terytorium odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.
- Przekazywanie danych osobowych do Stanów Zjednoczonych Ameryki odbywa się na podstawie stosownej umowy, zawierającej standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską. Może Pani/Pan otrzymać kopię tej umowy – w tej sprawie prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych.

Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?

- Podanie danych osobowych w celu realizacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego jest dobrowolne, jednak bez podania danych osobowych nie jest możliwe zrealizowanie takiego zgłoszenia.

Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

- Przysługują Pani/Panu w związku z przetwarzaniem danych osobowych określone prawa, w tym: (i) prawo dostępu do danych osobowych dotyczących Pani/Pana; (ii) prawo do sprostowania tych danych; (iii) prawo do usunięcia tych danych, (iv) prawo do ograniczenia przetwarzania tych danych; (v) prawo do przenoszenia tych danych – na zasadach określonych w przepisach o ochronie danych osobowych, w tym w unijnym Rozporządzeniu o Ochronie Danych Osobowych 2016/679 („RODO”).
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja prawnie uzasadnionych interesów ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych dotyczących Pani/Pana, w szczególności w związku z ich przetwarzaniem dla celów marketingu bezpośredniego.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda ma Pani/Pan prawo do jej wycofania w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia lub na przekazanie reasekuratorowi danych dotyczących zdrowia skutkować może brakiem możliwości wykonania umowy ubezpieczenia na życie lub brakiem możliwości reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych.
- Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych (Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub następcy tego organu – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

J. ZGODY I OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte we Wniosku są wyczerpujące, prawdziwe i prawidłowo zapisane.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż dane osobowe podane w niniejszym wniosku są zbierane i przetwarzane w związku z obowiązkami nałożonymi na zakłady ubezpieczeń zgodnie z przepisami prawa regulującymi przeciwdziałanie praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Pramerica – na wniosek lekarza upoważnionego przez Pramerica – od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związania z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia lub stanie zdrowia mojego dziecka, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci mojej lub mojego dziecka, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Pramerica (na jej wniosek) od Narodowego Funduszu Zdrowia danych (nazw i adresów) świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, w związku z weryfikacją danych dotyczących stanu zdrowia dla celów ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Pramerica moich danych osobowych podanych na wniosek o wypłatę świadczenia w tym dotyczących stanu mojego zdrowia zakładowi reasekuracji, w sytuacji gdy jest to wymagane w związku z reasekuracją ryzyk ubezpieczeniowych.
- Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na udostępnianie przez Pramerica innym zakładom ubezpieczeń (na ich wniosek) oraz przez inne zakłady ubezpieczeń (na wniosek Pramerica) danych osobowych moich lub mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, przetwarzanych przez Pramerica oraz inne zakłady ubezpieczeń, w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia oraz informacji o przyczynie śmierci mojej lub mojego dziecka lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa Uprawionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- Jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne** Tak*** Nie***

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawionego

Data wypełnienia wniosku

Osoba wypełniająca wniosek – zaznaczyć właściwe pole

Ubezpieczony Uposażony Uprawiony

Zgoda na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną:

- Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na otrzymywanie korespondencji dotyczącej zgłaszanego wniosku o wypłatę świadczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności na adres e-mail oraz numer telefonu podane w niniejszym wniosku. W przypadku nie wyrażenia zgody korespondencja będzie przekazywana za pośrednictwem poczty tradycyjnej.

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawionego

Czytelny podpis i pieczęć Agenta/Pośrednika

Data wypełnienia wniosku

Osoba wypełniająca wniosek – zaznaczyć właściwe pole

Ubezpieczony Uposażony Uprawiony

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pola. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak udzielenia zgody. **Oświadczenie zbierane na potrzeby Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Zgodnie z Ustawą za takie osoby uznaje się m.in. (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, w szczególności, posłów, senatorów, ministrów, dyrektorów organów państwowych oraz (b) bliskich współpracowników takich osób oraz (c) członków rodziny takich osób (rodziców, małżonków, dzieci). Pełna definicja dostępna jest na stronie internetowej www.pramerica.pl w zakładce Strefa Klienta/Polisy Indywidualne.

*** Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

K. OŚWIADCZENIE O KSEROKOPIACH DOKUMENTÓW

Ja, oświadczam, że załączone do wniosku kopie dokumentów są zgodne z:

- oryginałami* uwierzytelnionymi przez właściwe podmioty kserokopiami* dokumentów, które posiadam**.

Podpis Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawionego

Data wypełnienia wniosku

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pola. ** Informujemy, iż podanie informacji nieprawdziwych lub zatajenie informacji prawdziwych może stanowić podstawę odmowy wypłaty świadczenia przez Pramerica Życie TUIR SA. Ponadto informujemy, iż podrobienie lub przerobienie dokumentu, a także postugowanie 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.

L. OŚWIADCZENIE przedstawiciela ustawowego (dotyczy wypłaty świadczenia małoletniemu dziecku):

Ja,

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego dziecka

– w przypadku rodzica:
Jednocześnie oświadczam, że:
1) nie zostałam/(-em) pozbawiona/(-y) władzy rodzicielskiej ani
2) przysługująca mi władza rodzicielska nie została ograniczona ani zawieszona.

– w przypadku opiekuna prawnego:
Jednocześnie oświadczam, że zostałam ustanowiona/(-y) opiekunem prawnym ww. małoletniego na mocy postanowienia Sądu

z dnia , którego odpis załączam do niniejszego wniosku.

Seria i nr dowodu osobistego Przedstawiciela PESEL Przedstawiciela

Data wypełnienia wniosku Miejscowość

Podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego małoletniego dziecka

M. DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA ZASADNOŚCI ŚWIADCZENIA

(prosimy o zaznaczenie załączanych dokumentów)

Śmierć Ubezpieczonego/Śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku:

Wniosek o wypłatę świadczenia wypełniony przez każdego z Uposażonych

Kserokopia dowodu tożsamości każdego z Uposażonych (np. dowód osobisty, paszport)

Oryginał skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego

Kserokopia dokumentu określającego przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu lub inna dokumentacja medyczna stwierdzająca przyczynę śmierci)

Dokumenty opcjonalne:

Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku – protokół sporządzony przez komisję BHP w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)

Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej – dokumentacja dotycząca zgonu, a także chorób lub uszkodzeń ciała, które były przyczyną zgonu (np. karty leczenia szpitalnego, wyniki badań, orzeczenia lekarskie, historia leczenia ambulatoryjnego itp.) – jeśli zdarzenie wystąpiło w okresie 3 lat od daty zawarcia umowy

Inna dokumentacja (np. potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia protokołu sekcji zwłok jeśli była przeprowadzana, postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające – jeśli jest w posiadaniu Uprawnionego lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu/Pobyt w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku:

Wniosek o wypłatę świadczenia

Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)

Kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego

w przypadku operacji: opis wykonanej operacji wraz z kartą informacyjną leczenia szpitalnego oraz skierowanie na operację

Dokumenty opcjonalne:

Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)

Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej (np. karty leczenia szpitalnego, wyniki badań, orzeczenia lekarskie, historia leczenia ambulatoryjnego itp.) – jeśli zdarzenie wystąpiło w okresie 3 lat od daty zawarcia umowy

Inna dokumentacja (np. postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające – jeśli jest w posiadaniu Uprawnionego lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)

Kserokopia odpisu aktu urodzenia Dziecka lub dokumentu tożsamości Dziecka (jeżeli zdarzenie dotyczy Dziecka)

Całkowite i trwałe inwalidztwo/Inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

Wniosek o wypłatę świadczenia

Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)

Kserokopia odpisu aktu urodzenia Dziecka lub dokumentu tożsamości Dziecka (jeżeli zdarzenie dotyczy Dziecka)

Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego (np. kserokopia historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników badań, wyniki badań RTG/USG z opisem, karty zabiegów rehabilitacyjnych, karty konsultacji specjalistycznych, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy bezpośrednio po zajściu zdarzenia – pogotowie ratunkowe, szpitalny oddział ratownictwa itp.)

Orzeczenie lekarskie o niezdolności do pracy połączonej z niezdolnością do samodzielnej egzystencji w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia z tego tytułu

Dokumenty opcjonalne:

Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku – protokół sporządzony przez komisję BHP w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)

Wypełniony przez lekarza prowadzącego leczenie kwestionariusz medyczny całkowitego i trwałego inwalidztwa/częściowego i trwałego inwalidztwa – na wniosek Działu Wypłaty Świadczeń

Uszczerbek na zdrowiu:

Wniosek o wypłatę świadczenia

Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)

Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego (kserokopia historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników badań, wyniki badań RTG z opisem, karty zabiegów rehabilitacyjnych, karty konsultacji specjalistycznych, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy np. pogotowie ratunkowe, szpitalny oddział ratownictwa itp.)

Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku – protokół sporządzony przez komisję BHP w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)

Orzeczenie lekarskie o niezdolności do pracy połączonej z niezdolnością do samodzielnej egzystencji w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia z tego powodu

Wypełniony przez lekarza prowadzącego leczenie kwestionariusz medyczny dotyczący niezdolności do pracy lub kwestionariusz medyczny dotyczący częściowego i trwałego inwalidztwa – na wniosek Działu Wypłaty Świadczeń

Wniosek o wypłatę świadczenia

Wniosek o wypłatę świadczenia

Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)

Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego (np. kserokopia historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników badań, wyniki badań RTG z opisem, karty zabiegów rehabilitacyjnych, karty konsultacji specjalistycznych, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy np. pogotowie ratunkowe, szpitalny oddział ratownictwa itp.)

Dokumenty potwierdzające co najmniej 6-miesięczną nieprzerwaną niezdolność do pracy (zwolnienia lekarskie lub zaświadczenie z zakładu pracy lub z ZUS o okresach niezdolności do pracy – według wystawionych zwolnień lekarskich)

Oświadczenie Ubezpieczonego o jego wykształceniu i doświadczeniu zawodowym

Oświadczenie Ubezpieczonego czy obecnie pracuje i jeśli tak, jaki zakres wykonywanych przez niego czynności – dotyczy zwolnienia z opłacania składek

Dokumenty opcjonalne:

Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku – protokół sporządzony przez komisję BHP w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)

Orzeczenie lekarskie o niezdolności do pracy połączonej z niezdolnością do samodzielnej egzystencji w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia z tego powodu

Wypełniony przez lekarza prowadzącego leczenie kwestionariusz medyczny dotyczący niezdolności do pracy lub kwestionariusz medyczny dotyczący częściowego i trwałego inwalidztwa – na wniosek Działu Wypłaty Świadczeń

Wniosek o wypłatę świadczenia

Wniosek o wypłatę świadczenia

Kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowód osobisty, paszport)

Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego (np. kserokopia historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy wyników badań, wyniki badań RTG z opisem, karty zabiegów rehabilitacyjnych, karty konsultacji specjalistycznych, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy np. pogotowie ratunkowe, szpitalny oddział ratownictwa itp.)

Dokumenty potwierdzające co najmniej 6-miesięczną nieprzerwaną niezdolność do pracy (zwolnienia lekarskie lub zaświadczenie z zakładu pracy lub z ZUS o okresach niezdolności do pracy – według wystawionych zwolnień lekarskich)

Oświadczenie Ubezpieczonego o jego wykształceniu i doświadczeniu zawodowym

Oświadczenie Ubezpieczonego czy obecnie pracuje i jeśli tak, jaki zakres wykonywanych przez niego czynności – dotyczy zwolnienia z opłacania składek

Dokumenty opcjonalne:

Dokument opisujący okoliczności wypadku (np. protokół powypadkowy potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku – protokół sporządzony przez komisję BHP w zakładzie pracy lub opis wypadku sporządzony przez policję/prokuraturę, karta wypadku lub dokładny adres jednostki prowadzącej sprawę)

Orzeczenie lekarskie o niezdolności do pracy połączonej z niezdolnością do samodzielnej egzystencji w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia z tego powodu

Wypełniony przez lekarza prowadzącego leczenie kwestionariusz medyczny dotyczący niezdolności do pracy lub kwestionariusz medyczny dotyczący częściowego i trwałego inwalidztwa – na wniosek Działu Wypłaty Świadczeń

N. DODATKOWE INFORMACJE

(prosimy o zapoznanie się z informacjami zamieszczonymi poniżej)

Kserokopie dokumentów:
Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego/adwokata albo instytucję, która wydała dokument. Możliwe jest także potwierdzenie dokumentów za zgodność z oryginałem przez Pramerica Życie TUIR SA (np. pracownik obsługi Klienta w Oddziale Pramerica, pracownik Centrali Pramerica). Poświadczenie za zgodność z oryginałem powinno zawierać tekst „za zgodność z oryginałem”, pieczętąk imienną wraz z czytelnym podpisem upoważnionej osoby oraz pieczęć firmową/pieczęć oddziału. Jeśli osoba potwierdzająca nie posiada pieczęci imiennej powinna pod pieczętąk/tekstem „za zgodność z oryginałem” przystawić pieczęć oddziału/firmy i podpisać się wyraźnie imieniem i nazwiskiem. Potwierdzić należy każdy dokument przesyłany w formie kserokopii.
W przypadku podpisania oświadczenia o poświadczeniu zgodności kopii dokumentacji z oryginałem, znajdującego się w niniejszym wniosku, nie ma konieczności dodatkowego poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem, za wyjątkiem roszczeń z tytułu ubezpieczenia na życie, poważnego zachorowania, inwalidztwa NW oraz przejęcia opłacania składek. Jednocześnie Pramerica Życie TUIR SA informuje, że ma prawo sprawdzić wiarygodność dokumentów, w przypadku gdy jest to niezbędne.

UWAGI KOŃCOWE

Podstawą do wypłaty świadczenia jest dostarczenie do Pramerica Życie TUIR SA kompletu wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. W przypadku ich braku Pramerica Życie TUIR SA może odmówić wypłaty świadczenia.
W przypadku zdarzenia objętego ochroną, do którego doszło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniony do świadczenia jest zobowiązany do dostarczenia wymaganych dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego. Pramerica Życie TUIR SA nie pokrywa kosztów tłumaczenia.

Ważne: W przypadku zgłoszenia roszczenia w formie elektronicznej przesyłane dokumenty powinny być skanami lub fotografiami posiadanych oryginałów dokumentów lub ich uwierzytelionych kserokopii.

