

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO



Numer polisy

Numer certyfikatu

Pamiętaj o:



Wypełnieniu niniejszego wniosku drukowanymi literami oraz podaniu wyczerpujących informacji. Sekcje oznaczone literami **A, B, C, D, E, F i H** powinny zostać wypełnione w każdym przypadku.



Załączeniu kompletu dokumentów wymienionych w sekcji **J**.

W przypadku podpisania oświadczenia w sekcji **H** nie ma konieczności potwierdzania kopii dokumentów za zgodność z oryginałem.



Załączeniu tłumaczenia na język polski wykonanego przez tłumacza przysięgłego, jeśli dokumentacja lub jej część została sporządzona w innym języku.



Wysłaniu wniosku wraz z kompletem wymaganych dokumentów na adres: **ul. Łucka 9, 00-842 Warszawa**.

Powiadomienie o aktualnym statusie zgłoszenia lub konieczności uzupełnienia dokumentów/informacji prześlemy w terminie 7 dni od daty otrzymania wniosku.

Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu zdarzenia (zaznacz właściwe pola zgodnie z posiadanym zakresem ubezpieczenia):

- ☐ USZCZERBEK NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
- ☐ POBYT W SZPITALU ☐ REKONWALESCENCJA
- ☐ OPERACJA CHIRURGICZNA
- ☐ POWAŻNA CHOROBA
- ☐ ZDIAGNOZOWANIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ (dla polis z pakietem U Chroni Onkologicznie)
- ☐ CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA (dla polis z pakietem U Chroni Serce)
- ☐ ŚMIERĆ
- ☐ INNE ZDARZENIE (JAKIE?)

A. UBEZPIECZAJĄCY (np. zakład pracy, stowarzyszenie)

B. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA

W jakim charakterze zgłaszasz roszczenie?

- ☐ Ubezpieczonego ☐ Uposażonego ☐ Przedstawiciela Ustawowego ☐ Innego Uprawnionego

Imię Nazwisko

PESEL Państwo urodzenia Obywatelstwo

E-mail* Telefon komórkowy*

Adres do korespondencji:

Miejscowość Kod pocztowy

Ulica Nr domu Nr mieszkania

* Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może ułatwić kontakt, a tym samym przyspieszyć proces rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia. W przypadku wyrażenia zgody na kontakt telefoniczny lub za pośrednictwem poczty elektronicznej zaznacz właściwe pole w sekcji H (Zgoda na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną).

C. DANE OSOBY, KTÓREJ ZDARZENIE DOTYCZY

- Zdarzenie dotyczy: ☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka Ubezpieczonego ☐ Partnera Ubezpieczonego ☐ Dziecka Ubezpieczonego

Imię Nazwisko

PESEL

D. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

Oświadczenie zbierane jest na potrzeby realizacji przepisów ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Zgodnie z ustawą za osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub pełniącą znaczące funkcje publiczne uznaje się m.in. szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, członków parlamentu, członków sądów najwyższych, członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych oraz spółek z większością udziałem Skarbu Państwa, a także bliskich współpracowników takich osób oraz członków rodziny takich osób (rodziców, małżonków, dzieci).

Pełne definicje pojęć osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne, osób znanych jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne oraz członków rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne znajdują się odpowiednio w art. 2 ust. 2 pkt 3, 11 i 12 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

☐ Tak ☐ Nie

E. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA (RODZAJ I PRZYCZYNA ZDARZENIA)

D D M M R R R R	
Data zdarzenia	Miejsce zdarzenia

Okoliczności, przebieg zdarzenia, opis obrażeń poniesionych w wyniku wypadku lub rozpoznanie choroby

Data rozpoczęcia postępowania diagnostycznego	D D M M R R R R	☐ Nie dotyczy
Data rozpoznania choroby	D D M M R R R R	☐ Nie dotyczy
Okres zwolnienia lekarskiego po hospitalizacji	od D D M M R R R R	do D D M M R R R R ☐ Nie dotyczy
Data zakończenia leczenia i rehabilitacji	D D M M R R R R	☐ Nie dotyczy ☐ W trakcie
Czy w przeszłości wystąpiły urazy/dolegliwości uszkodzonej obecnie części ciała? <i>* Załącz historię leczenia.</i>		☐ Tak* ☐ Nie
Czy zdarzenie nastąpiło w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych?		☐ Tak ☐ Nie
Czy w związku ze zdarzeniem sporządzono protokół powypadkowy lub kartę wypadku? <i>* Załącz kopię protokołu powypadkowego lub karty wypadku.</i>		☐ Tak* ☐ Nie
Czy w związku ze zdarzeniem na miejscu wypadku była obecna policja lub czy policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub nadal prowadzą postępowanie? <i>* Załącz kopię dokumentacji wraz z numerem sprawy. W przypadku braku dokumentacji wskaż pełen adres jednostek prowadzących postępowanie wraz z numerem sprawy.</i>		☐ Tak* ☐ Nie

Nazwa i adres jednostki prowadzącej postępowanie	Numer sprawy
--	--------------

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem

Pierwsza pomoc medyczna (nazwa, adres, data wizyty)

Inne placówki, w których prowadzono leczenie (nazwy, adresy)
--

F. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

Wypłata świadczenia może być zrealizowana wyłącznie na rachunek bankowy osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

Wybierz jeden sposób wypłaty świadczenia.

☐ **Przelew na rachunek bankowy** (rekomendowana forma wypłaty świadczenia ze względu na bezpieczeństwo oraz szybki termin realizacji)

Właściciel rachunku
Numer rachunku

☐ **Przekaz pocztowy na adres** (do kwoty 3500 zł – mniej dogodna i wydłużona forma z uwagi na procesy pocztowe)

Imię	Nazwisko	Nr domu	Nr mieszkania
Ulica		Miejscowość	
Kod pocztowy			

G. 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 Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Łuckiej 9, 00-842 Warszawa, (dalej jako „Unum”). Z administratorem danych można kontaktować się poprzez adres e-mail: kontakt@unum.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.unum.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Unum.
- 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 Unum Inspektorem Ochrony Danych poprzez adres e-mail: iod@unum.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.unum.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Unum (najlepiej z dopiskiem „RODO”).

Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych

- Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane przez Unum w następujących celach:

Cel przetwarzania	Podstawa prawna przetwarzania
Wykonanie umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprosowanie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia, dołączonych do wniosku dokumentów dotyczących zgłaszanego zdarzenia, w tym kserokopii tych dokumentów, dokumentów zgromadzonych na etapie weryfikacji zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłaty świadczenia.	Realizacja obowiązków prawnych ciążyących na Unum; niezbędność przetwarzania do zawarcia i wykonania umowy; zgoda na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia.
Reasekuracja ryzyk ubezpieczeniowych.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia na życie); zgoda na przekazanie reasekuratorowi danych dotyczących zdrowia.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.	Realizacja obowiązków prawnych ciążyących na Unum, 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 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 wynikających z przepisów prawa ubezpieczeniowego, m.in. w zakresie zarządzania ryzykiem, obowiązków raportowych i sprawozdawczych.	Realizacja obowiązków prawnych ciążyących na Unum, wynikających z przepisów regulujących prowadzenie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z innych przepisów prawa polskiego oraz unijnego.	Realizacja obowiązków prawnych ciążyących na Unum, wynikających m.in. z przepisów prawa podatkowego oraz przepisów o rachunkowości.
Przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum 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 Unum (tj. dochodzenie i obrona przed roszczeniami).
Marketing bezpośredni produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług (tj. otrzymywanie od Unum oferty tego rodzaju produktów i usług).	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (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 Unum 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) Unum 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 Unum danych osobowych, o którym mowa powyżej, nie odbywa się w sposób w pełni zautomatyzowany, tzn. w każdym przypadku zapewniony jest udział człowieka w tego rodzaju operacjach, w szczególności w 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 ciążyących na Unum;
 - agentom ubezpieczeniowym Unum – 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 ciążyących na Unum;
 - podmiotom świadczącym na rzecz Unum 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 mogą być przekazywane również do niektórych podwykonawców dostawców systemów informatycznych, którzy znajdują się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, co do których Komisja Europejska nie stwierdziła odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych.
- Dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję Europejską decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską. Może Pani/Pan otrzymać kopię dokumentu regulującego przetwarzanie Państwa danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym po kontakcie 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 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 – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

H. ZGODY I OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte w niniejszym wniosku są wyczerpujące, prawdziwe i prawidłowo zapisane.
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum:
 - na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum – od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym – informacji, w tym kopii dokumentacji medycznej, o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych;
 - na wniosek Unum – od Narodowego Funduszu Zdrowia – danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności z zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Unum moich danych osobowych podanych na wniosku 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 na przetwarzanie przez Unum danych osobowych moich lub mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, w tym dotyczących zdrowia, podanych na wniosku o wypłatę świadczenia oraz w innych dokumentach związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia.
- 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* ☐ Nie wyrażam zgody* na udostępnienie przez Unum innym zakładom ubezpieczeń (na ich wniosek) oraz Unum przez inne zakłady ubezpieczeń (na wniosek Unum) moich danych osobowych lub mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, przetwarzanych przez Unum 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 uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

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 niewyrażenia zgody korespondencja będzie przekazywana za pośrednictwem poczty tradycyjnej.

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak udzielenia zgody.

Oświadczenie o kopiach dokumentów

- Oświadczam, że załączone do wniosku kopie dokumentów są zgodne z posiadanymi przeze mnie oryginałami lub potwierdzonymi za zgodność z oryginałami przez właściwe podmioty kserokopiami dokumentów.
Informujemy, iż podanie informacji nieprawdziwych lub zatajenie informacji prawdziwych może stanowić podstawę odmowy wypłaty świadczenia przez Unum. Ponadto informujemy, iż podrobienie lub przerobienie dokumentu, a także 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.

D D M M R R R R Data wypełnienia wniosku	Czytelny podpis Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego	Czytelny podpis Małżonka/Partnera/Pięnoletniego Dziecka Ubezpieczonego
---	--	---

Zgody Partnera lub Małżonka, lub Pięnoletniego dziecka Ubezpieczonego*

- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum (na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum) – od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych na moją rzecz – informacji, w tym kopii dokumentacji medycznej, o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Unum moich danych osobowych, w tym dotyczących zdrowia, podanych w niniejszym wniosku o wypłatę świadczenia oraz w innych dokumentach związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia.

D D M M R R R R Data wypełnienia wniosku	Czytelny podpis Małżonka/Partnera/Pięnoletniego Dziecka Ubezpieczonego
---	---

* Wymagane tylko, jeżeli zgłaszane zdarzenie dotyczy Partnera lub Małżonka, lub Pięnoletniego Dziecka Ubezpieczonego.

I. OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dotyczy wypłaty świadczenia małoletniemu dziecku/osobie ubezwłasnowolnionej)

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej:

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej

W przypadku rodzica:

Jednocześnie oświadczam, że:

- nie zostałam (-em) pozbawiona (-ny) władzy rodzicielskiej ani
- przysługująca mi władza rodzicielska nie została ograniczona ani zawieszona.

W przypadku opiekuna prawnego:

Jednocześnie oświadczam, że zostałam (-em) ustanowiona (-ny) opiekunem prawnym ww. małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej na mocy postanowienia sądu, którego odpis załączam do niniejszego wniosku.

Nazwa sądu	D D M M R R R R Data wydania postanowienia	
Seria i nr dowodu osobistego Przedstawiciela	PESEL Przedstawiciela	
D D M M R R R R Data wypełnienia wniosku	Miejscowość	
Podpis Przedstawiciela ustawowego małoletniego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej		

J. DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Pamiętaj o:

- załączeniu kopii dokumentu tożsamości
- załączeniu oryginału odpisu skróconego aktu zgonu – w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
- konieczności dostarczenia kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia (zgodnie z poniższą tabelą).

Jednocześnie informujemy, iż Unum może poprosić Cię o dostarczenie dokumentów niewymienionych w tabeli poniżej, jeśli będzie to potrzebne do prawidłowego przeprowadzenia postępowania w sprawie wypłaty świadczenia, w tym do ustalenia odpowiedzialności Unum lub wysokości świadczenia.

Zdarzenie	Wymagane dokumenty	Rodzaj dokumentu
śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3, 4 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 9 w przypadku dwóch i więcej Uposażonych/innych osób uprawnionych dodatkowo 20	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia grupowego” 2. oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego 3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu 4. kopia dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych/innych osób uprawnionych (np. dowodu osobistego, paszportu) 5. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez policję, prokuraturę lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, oraz numeru sprawy 6. kopia protokołu powypadkowego lub kopia karty wypadku sporządzonego przez pracodawcę – dotyczy wypadku w pracy 7. kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego kontaktu z placówką medyczną po zdarzeniu (np. SOR, pogotowie ratunkowe), opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.) oraz informacja o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
osierocenie Dziecka	1, 2, 3, 17 lub 19 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 9, 21	8. kopie zwolnień lekarskich wystawionych przez szpital na okres po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu 9. kopia innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku 10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego 11. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
uszczerbek na zdrowiu lub trwale inwalidztwo na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 5, 6, 7, 9, 10 dodatkowo 16	12. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego 13. kopia orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z informacją o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji 14. kopia dokumentacji potwierdzającej zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu (np. EKG, echo serca w przypadku zawału; CT, MRI, PET w przypadku udaru) 15. kopia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania leczenia specjalistycznego (np. ablacji, chemioterapii, radioterapii, dializoterapii, terapii interferonowej, wszczepienia rozrusznika serca) 16. jeśli zdarzenie dotyczy Małżonka, kopia aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego
pobyt w szpitalu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie apteczne operacja	1, 10, 12 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 7, 9 dodatkowo 16	17. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka w przypadku jego niepełnoletności 18. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Małżonka lub Partnera 19. kopia dokumentu tożsamości osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia (prawnego opiekuna Dziecka lub pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego) 20. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia grupowego” wypełniony osobno przez każdego Uposażonego/inną osobę uprawnioną 21. odpis skróconego aktu zgonu drugiego Rodzica w przypadku zgonu obojga Rodziców w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku 22. kopia wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację medyczną
* rekonwalescencja	* dodatkowo 8	
poważna choroba lub zdiagnozowanie choroby nowotworowej lub choroby cywilizacyjne lub choroby zakaźne	1, 10, 11 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 7, 9 dodatkowo 16	
uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, lub choroby układu krążenia	1, 10, 11, 14	
leczenie specjalistyczne	1, 10, 11, 14, 15	
śmierć Małżonka albo Partnera życiowego	1, 3, 10, 18 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 9	
niezdolność do pracy spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą	1, 10, 11, 13 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 7, 9	
rehabilitacja medyczna po pobycie w szpitalu	1, 10, 12 jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo 5, 6, 9, 22	
zdarzenia dotyczące Małżonka albo Partnera, lub Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ukończyły 18 lat	prosimy wypełnić Zgody i oświadczenia Małżonka lub Partnera, lub Pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego w sekcji H (punkty 9–10) niniejszego wniosku	
wszystkie rodzaje zdarzeń	jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, poinformujemy o tym niezwłocznie	