

# FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

(uniwersalny)

|                                     |                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numer certyfikatu/ wniosku/ polisy: | <input type="text"/>                                                                                         |
| Rodzaj ubezpieczenia:               | <input type="checkbox"/> ochronne <input type="checkbox"/> inwestycyjne <input type="checkbox"/> pracownicze |

|                                          |                                   |                                  |                                  |                                 |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <b>ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY</b> |                                   |                                  |                                  |                                 |                                   |
| <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego  | <input type="checkbox"/> Małżonka | <input type="checkbox"/> Dziecka | <input type="checkbox"/> Rodzica | <input type="checkbox"/> Teścia | <input type="checkbox"/> Partnera |

|                                       |                                      |                                                              |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>RODZAJ UBEZPIECZENIA</b>           |                                      |                                                              |
| <input type="checkbox"/> inwestycyjne | <input type="checkbox"/> pracownicze | <input type="checkbox"/> indywidualne ubezpieczenie Spektrum |

|                                                                                                        |                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM</b> (podanie danych jest wymagane)                          |                                                                                              |
| Typ roszczenia                                                                                         |                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Śmierć                                                                        | <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku                    |
| <input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku                                        | <input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego              |
| <input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy                             | <input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu                         |
| <input type="checkbox"/> Urodzenie Dziecka                                                             | <input type="checkbox"/> Urodzenie martwego Dziecka                                          |
| <input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego                            | <input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku        |
| <input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu | <input type="checkbox"/> Pobyt w Szpitalu na OIOM                                            |
| <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu                                                              | <input type="checkbox"/> Rekonwalescencja po Pobytku w Szpitalu                              |
| <input type="checkbox"/> Leczenie w Sanatorium po Pobytku w Szpitalu                                   | <input type="checkbox"/> Rehabilitacja po Pobytku w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna                                                         | <input type="checkbox"/> Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego - Wariant II                |
| <input type="checkbox"/> Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego - Wariant I                           | <input type="checkbox"/> Świadczenie poszpitalne                                             |
| <input type="checkbox"/> Ciężka Choroba                                                                | <input type="checkbox"/> Inne, jakie:                                                        |
| <input type="checkbox"/> Trwałe częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku                  |                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji               |                                                                                              |

|                                                 |                                                  |                                                  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>RODZAJ UBEZPIECZENIA</b>                     |                                                  |                                                  |
| <input type="checkbox"/> zabezpieczenie kredytu | <input type="checkbox"/> zabezpieczenie pożyczki | <input type="checkbox"/> zabezpieczenie leasingu |

|                                                                                                          |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM</b> (podanie danych jest wymagane)                            |                                                                                             |
| Typ roszczenia                                                                                           |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Śmierć                                                                          | <input type="checkbox"/> Trwała i całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji |
| <input type="checkbox"/> Całkowita niezdolność do pracy                                                  | <input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku                             |
| <input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego                          | <input type="checkbox"/> Choroba nowotworowa                                                |
| <input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo/Trwałe częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> Niezdolność do spłaty Kredytu wskutek Ciężkiej choroby             |
| <input type="checkbox"/> Całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji                 | <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku                   |
| <input type="checkbox"/> Inne, jakie:                                                                    |                                                                                             |

✓ **PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI** ✓

|                                                           |                                                                     |                                            |                      |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|
| <b>DANE UBEZPIECZONEGO</b> (podanie danych jest wymagane) |                                                                     |                                            |                      |
| Imiona:                                                   | <input type="text"/>                                                |                                            |                      |
| Nazwisko:                                                 | <input type="text"/>                                                |                                            |                      |
| Data urodzenia:<br>(dd/mm/rrrr)                           | <input type="text"/>                                                | Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości: | <input type="text"/> |
| PESEL:                                                    | <input type="text"/>                                                | Państwo urodzenia:                         | <input type="text"/> |
| Płeć:                                                     | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna | Obywatelstwo:                              | <input type="text"/> |
| Zawód (nazwa/ stanowisko):                                | <input type="text"/>                                                |                                            |                      |
| <b>Adres zamieszkania</b>                                 |                                                                     |                                            |                      |
| Ulica:                                                    | <input type="text"/>                                                |                                            |                      |
| Nr domu:                                                  | <input type="text"/>                                                | Nr mieszkania:                             | <input type="text"/> |
| Miejscowość:                                              | <input type="text"/>                                                | Kod pocztowy:                              | <input type="text"/> |
| Pocztą:                                                   | <input type="text"/>                                                | Kraj:                                      | <input type="text"/> |

|                                                                                                                               |                      |                                             |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|----------------------|
| <b>DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE</b> (podanie danych jest wymagane w przypadku, gdy osoba zgłaszająca nie jest Ubezpieczonym) |                      |                                             |                      |
| Imiona:                                                                                                                       | <input type="text"/> |                                             |                      |
| Nazwisko:                                                                                                                     | <input type="text"/> |                                             |                      |
| Data urodzenia:<br>(dd/mm/rrrr)                                                                                               | <input type="text"/> | Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości*: | <input type="text"/> |
| PESEL:                                                                                                                        | <input type="text"/> | Państwo urodzenia*:                         | <input type="text"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                            |                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|----------------|--|
| Płeć:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> kobieta | <input type="checkbox"/> mężczyzna         | Obywatelstwo*: |  |
| Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                                            |                |  |
| Poniższe wypełnić w przypadku, gdy uprawniony jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                                            |                |  |
| Nazwa firmy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                            |                |  |
| NIP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                                            | REGON:         |  |
| <b>Adres zamieszkania</b> (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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                            |                |  |
| <b>Adres do korespondencji</b> (wypełnić, jeśli inny niż zamieszkania)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                                            |                |  |
| Ulica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                                            |                |  |
| Nr domu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  | Nr mieszkania:                             |                |  |
| Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  | Kod pocztowy:                              |                |  |
| Pocztą:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  | Województwo:                               |                |  |
| Kraj*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                                            |                |  |
| <input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego Formularza zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                                            |                |  |
| Prosimy o podanie adresu e-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                                            |                |  |
| Zgodnie z art. 46 ust. 3 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. jest zobowiązane ustalić czy uprawniony jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (PEP).                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  |                                            |                |  |
| Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                            |                |  |
| Oświadczam, że <input type="checkbox"/> jestem / <input type="checkbox"/> nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 3, 11, 12 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu***.<br>(należy podać rodzaj zajmowanego stanowiska lub stopień pokrewieństwa bądź relacji z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne – patrz objaśnienie***).                                                                                     |                                  |                                            |                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                            |                |  |
| <b>DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA</b> (podanie danych jest wymagane)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                                            |                |  |
| Przelew: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  | Przekaz pocztowy: <input type="checkbox"/> |                |  |
| Imię i Nazwisko właściciela rachunku:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                            |                |  |
| Nazwa Banku:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                            |                |  |
| Numer rachunku bankowego:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                            |                |  |
| <b>Adres zamieszkania właściciela rachunku lub Adres do przekazu pocztowego świadczenia ubezpieczonego</b> (podanie danych jest wymagane)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                            |                |  |
| Ulica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                                            |                |  |
| Nr domu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  | Nr mieszkania:                             |                |  |
| Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  | Kod pocztowy:                              |                |  |
| Pocztą:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  | Województwo:                               |                |  |
| Kraj*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  | Obywatelstwo*:                             |                |  |
| Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą osoba wskazana do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego <input type="checkbox"/> jest / <input type="checkbox"/> nie jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 3, 11, 12 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu***.<br>(należy podać rodzaj zajmowanego stanowiska lub stopień pokrewieństwa bądź relacji z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne – patrz objaśnienie***). |                                  |                                            |                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                            |                |  |
| <b>DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE NP. DZIECKO, RODZIC, PARTNER</b> (podanie danych jest wymagane)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                                            |                |  |
| Imiona:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                                            |                |  |
| Nazwisko:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                            |                |  |
| Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  | Państwo urodzenia:                         |                |  |
| PESEL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  | Obywatelstwo:                              |                |  |

|                                                                                                                                                                    |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>SZCZEGÓŁY ZDARZENIA</b> (podanie danych jest wymagane)                                                                                                          |                                                           |
| Data zgonu: (dd/mm/rrrr)                                                                                                                                           | <input type="text"/>                                      |
| Przyczyna zgonu (wypadek, choroba, inna):                                                                                                                          |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| Data urodzenia dziecka: (dd/mm/rrrr)                                                                                                                               | <input type="text"/>                                      |
| Data zdiagnozowania Ciężkiej choroby/ Choroby nowotworowej: (dd/mm/rrrr)                                                                                           |                                                           |
| Nazwa choroby:                                                                                                                                                     |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| Data pierwszego rozpoznania: (dd/mm/rrrr)                                                                                                                          | <input type="text"/>                                      |
| Data pierwszego zgłoszenia się do lekarza w związku z chorobą: (dd/mm/rrrr)                                                                                        | <input type="text"/>                                      |
| <b>Okres pobytu w szpitalu:</b>                                                                                                                                    |                                                           |
| Od (dd/mm/rrrr)                                                                                                                                                    | <input type="text"/> Do (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> |
| Przyczyna pobytu w szpitalu:                                                                                                                                       |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| <b>Rodzaj zabiegu specjalistycznego:</b>                                                                                                                           |                                                           |
| Data wykonania zabiegu specjalistycznego: (dd/mm/rrrr)                                                                                                             | <input type="text"/>                                      |
| Data powstania niezdolności do pracy i/lub samodzielnej egzystencji: (dd/mm/rrrr)                                                                                  | <input type="text"/>                                      |
| Przyczyna niezdolności do pracy:                                                                                                                                   |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| Data operacji chirurgicznej: (dd/mm/rrrr)                                                                                                                          | <input type="text"/>                                      |
| Nazwa operacji:                                                                                                                                                    |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| <b>SZCZEGÓŁY ZDARZENIA POWSTAŁEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU</b> (podanie danych jest wymagane)                                                               |                                                           |
| Data wypadku: (dd/mm/rrrr)                                                                                                                                         | <input type="text"/>                                      |
| Miejsce wypadku:                                                                                                                                                   |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| <b>Opis okoliczności wypadku:</b>                                                                                                                                  |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| Czy w chwili wypadku był/a Pan/ Pani pod wpływem alkoholu? (zaznaczyć właściwe)                                                                                    | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy na miejsce wypadku była wzywana policja? (zaznaczyć właściwe)                                                                                                  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeśli na miejsce wypadku była wzywana policja prosimy o podanie adresu komendy policji prowadzącej dochodzenie:                                                    |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| <b>DANE PLACÓWEK MEDYCZNYCH, PORADNI SPECJALISTYCZNYCH, PRZYCHODNI, LEKARZY, SZPITALI, W KTÓRYCH PROWADZONO LECZENIE W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM UBEZPIECZENIOWYM:</b> |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| Daty leczenia, konsultacji:                                                                                                                                        |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| Dane placówki:                                                                                                                                                     |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |
| Adres miejsca pracy lekarza/placówki, Telefon do placówki medycznej/lekarza:                                                                                       |                                                           |
|                                                                                                                                                                    |                                                           |

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**
**UPOWAŻNIENIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ**

- 1) 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:
  - a) 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;
  - b) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
  - c) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
  - d) przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- 2) 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**

- 3) 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 podpisania (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

## 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 [www.openlife.pl/kontakt/](http://www.openlife.pl/kontakt/), adres email: [info@openlife.pl](mailto: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](mailto:iod@openlife.pl) lub przysyłając 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 niezbędność do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
  - 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, lekarzom orzecznikom 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.
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 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 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).
9. **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 może nie być możliwe wykonanie Umowy ubezpieczenia, w tym dokonanie wypłaty świadczenia na rzecz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

## 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.

\* W przypadku innego niż **PL** prosimy o załączenie wypełnionego formularza „**Oświadczenie Klienta o rezydencji podatkowej**” - druk dostępny na [www.openlife.pl](http://www.openlife.pl), w zakładce „**Zgłoś roszczenie**” - dodatkowe dokumenty.

\*\* Prosimy o załączenie wypełnionego formularza „**Oświadczenie dotyczące beneficjenta rzeczywistego**” - druk dostępny na [www.openlife.pl](http://www.openlife.pl), w zakładce „**Zgłoś roszczenie**” - dodatkowe dokumenty

**\*\*\* objaśnienie:**

Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 3, 11, 12 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przez:

1. osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne - rozumie się przez to osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:
  - a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
  - b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
  - c) członków organów zarządzających partii politycznych,
  - d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
  - e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
  - f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
  - g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
  - h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
  - i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej;
2. członków rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się:
  - a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
  - b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostające we wspólnym pożyciu,
  - c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne;
3. osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się:
  - a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
  - b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.