

# Zdrowie dziecka – wniosek o wypłatę świadczenia

Numer polisy

## Dane osoby, która składa wniosek

Wypełnij wniosek **DRUKOWANYMI** literami.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię, imiona	Nazwisko
<input type="text"/>	+48 <input type="text"/>
PESEL lub data urodzenia	Numer telefonu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	E-mail

## Adres korespondencyjny

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta	Państwo

## Dane osoby, której dotyczy zdarzenie

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię, imiona	Nazwisko
<input type="text"/>	
PESEL lub data urodzenia	

## Wybierz rodzaj zdarzenia i załącz wymagane dokumenty

Pamiętaj, że potrzebujemy wszystkich wymienionych dokumentów, żeby rozpatrzyć wniosek.

<input type="checkbox"/>	<b>poważne zachorowanie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. akt urodzenia dziecka lub orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka</li> <li>2. dokumentacja medyczna leczenia, w tym wyniki badań potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania</li> <li>3. skan lub zdjęcie dokumentu tożsamości ubezpieczonego</li> </ol>
<input type="checkbox"/>	<b>pobyt w szpitalu w wyniku choroby</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. akt urodzenia lub orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka</li> <li>2. karta informacyjna z leczenia szpitalnego</li> <li>3. skan lub zdjęcie dokumentu tożsamości ubezpieczonego</li> </ol>

<input type="checkbox"/>	<b>pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. akt urodzenia lub orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka</li> <li>2. karta informacyjna z leczenia szpitalnego</li> <li>3. skan lub zdjęcie dokumentu tożsamości ubezpieczonego</li> <li>4. dokument potwierdzający dzień i okoliczności nieszczęśliwego wypadku np. karta SOR, protokół z policji, postępowanie prokuratury</li> </ol>
<input type="checkbox"/>	<b>urodzenie dziecka</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. akt urodzenia dziecka</li> <li>2. skan lub zdjęcie dokumentu tożsamości ubezpieczonego</li> </ol>
<input type="checkbox"/>	<b>urodzenie wnuka</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. akt urodzenia wnuka</li> <li>2. skan lub zdjęcie dokumentu tożsamości ubezpieczonego</li> <li>3. skan lub zdjęcie dokumentu tożsamości rodzica dziecka córki lub syna ubezpieczonego</li> </ol>

## Informacje dotyczące nieszczęśliwego wypadku

Opisz okoliczności zdarzenia: miejsce wypadku, przyczyna, przebieg zdarzenia, świadkowie.

Data zajścia nieszczęśliwego wypadku

DD - MM - RRRR

## Dane prokuratury lub policji prowadzącej dochodzenie

Nazwa

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Państwo

## Dane placówki medycznej, w której udzielono pierwszej pomocy

Nazwa

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Państwo

## Informacje dotyczące choroby

Opisz diagnostykę oraz przebieg choroby: kiedy rozpoczęto postępowanie diagnostyczne, jakie badania wykonano, jakie zastosowano leczenie, jaki jest obecny stan zdrowia.

Nazwa choroby

Data wystąpienia pierwszych objawów

Data diagnozy choroby

## Dane placówek medycznych, w których prowadzone było leczenie

Placówka I

Nazwa

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Państwo

Placówka II

Nazwa

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Państwo

Placówka III

Nazwa

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Państwo

## Dane do wypłaty świadczenia

---

Imię i nazwisko właściciela rachunku

Numer rachunku bankowego

## Oświadczenia

---

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

TAK

NIE

Oświadczam, że wszystkie podane informacje w formularzu są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

DD -  MM -  RR  RR  RR

Data

Podpis osoby składającej wniosek

## Informacje o przetwarzaniu danych osobowych

### INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

**Administrator danych osobowych:** Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie adres: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, dalej „Administrator” lub „Vienna Life”.

**Dane kontaktowe Administratora:** Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres email: kontakt@viennialife.pl lub pisemnie na adres Administratora.

**Inspektor ochrony danych:** Z inspektorem ochrony danych dalej „IOD” można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez email iodo@viennialife.pl, lub pisemnie na adres Administratora.

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:** Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
wykonanie umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania danych do wykonania Umowy, niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego m.in. z przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dalej: Ustawa, w tym art. 41 Ustawy
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci zmniejszenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia na Vienna Life

#### Okres przechowywania danych:

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie 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.

#### Odbiorcy danych:

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, podmiotom przechowującym i usuwającym dane – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w Stanach Zjednoczonych na podstawie decyzji Komisji Europejskiej w sprawie adekwatności ochrony zapewnianej przez Tarczę Prywatności UE-USA. Może Pani/Pan otrzymać kopię danych – proszę skontaktować się w tej sprawie z Administratorem lub z IOD.

#### Prawa osoby, której dane dotyczą:

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub są przetwarzane na podstawie umowy oraz przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Vienna Life lub z IOD. Dane kontaktowe Vienna Life oraz IOD wskazano powyżej.

#### Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia.