

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA  
Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE



Ubezpieczenia

Numer Polisy

\_\_\_\_\_

1. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

\_\_\_\_\_

Imię, Nazwisko / Nazwa

\_\_\_\_\_

Symbol dokumentu tożsamości

PESEL / REGON

NIP/dotyczy osoby prawnej

Symbole dokumentów tożsamości: DO - dowód osobisty, PA - paszport, KP - karta pobytu, OO - inny

\_\_\_\_\_\*

Kraj miejsca urodzenia

Obywatelstwo

Kraj rezydencji podatkowej

Adres do korespondencji:

\_\_\_\_\_

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

\_\_\_\_\_

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Kod kraju

\_\_\_\_\_

E-mail

Nr kier. kraju

Numer telefonu

2. DANE UBEZPIECZONEGO

\_\_\_\_\_

Imię

Drugie Imię

\_\_\_\_\_

Nazwisko

PESEL

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna informacji o brakującej dokumentacji dotyczącej niniejszego wniosku, niezbędnej do rozpatrzenia mojego roszczenia, na podany przeze mnie powyżej numer telefonu.

Tak, wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody

3. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Prosimy o zaznaczenie właściwego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz dostarczenie dokumentacji wymienionej przy wskazanej opcji zgodnie z opisem w punkcie 9.

Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Ubezpieczonego:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego (2, 3, 4 lub 5)  | <input type="checkbox"/> Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 19) (dodatkowo 1 lub 18 - w przypadku produktu Bezpieczny Kapitał+) |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (2, 3, 4 lub 5)   | <input type="checkbox"/> Ciężkie / Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego (16, 17)  |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (2, 3, 4 lub 5, 6, 7)  | <input type="checkbox"/> Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego (18)   |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek Szczególnego Przypadku Wypadku Komunikacyjnego (2, 3, 4 lub 5, 6, 7)   | <input type="checkbox"/> Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji (26)   |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (2, 3, 4 lub 5, 6, 7, 13)  | <input type="checkbox"/> Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 18)  |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek Szczególnego Przypadku Wypadku Komunikacyjnego w Pracy (2, 3, 4 lub 5, 6, 7, 13)   | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego (22)  |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego na Służbie (2, 3, 4 lub 5, 6, 7, 13)   | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 22)  |
| <input type="checkbox"/> Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 14, 15)  | <input type="checkbox"/> Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego na OIOM (22)  |
| <input type="checkbox"/> Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego w następstwie Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST lub Udaru Mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym (14, 15) | <input type="checkbox"/> Zakażenie wirusem HIV (20)  |
| <input type="checkbox"/> Dożycie przez Ubezpieczonego do końca Okresu Ubezpieczenia   | <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (23)   |

Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Partnera Ubezpieczonego:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zgon Partnera Ubezpieczonego (2, 3, 8)  | <input type="checkbox"/> Ciężkie zachorowanie Partnera (8, 16, 17)  |
| <input type="checkbox"/> Zgon Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (2, 3, 6, 7, 8)   | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Partnera (8, 22)  |
| <input type="checkbox"/> Trwała Utrata Zdrowia przez Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 8, 14, 15)   | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 8, 22)                      |
| <input type="checkbox"/> Trwała Utrata Zdrowia przez Partnera w następstwie Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST lub Udaru Mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym (8, 14, 15) | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Partnera na OIOM (8, 22)  |
| <input type="checkbox"/> Inwalidztwo Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 8, 19) (dodatkowo 1 lub 18 - w przypadku produktu Bezpieczny Kapitał+)                          | <input type="checkbox"/> Zgon Rodzica Partnera (2, 8, 9)  |
|  | <input type="checkbox"/> Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Partnera (8, 18)                                       |
|  | <input type="checkbox"/> Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 8, 18) |

\*dotyczy roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia z UFK oraz produktu Bezpieczny Kapitał+.

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000031094, NIP 521-04-19-914, kapitał zakładowy: 89 308 936,29 zł w całości wpłacony. Infolinia: 801 231 500, tel. +48 22 541 01 00, [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl)

**Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dziecka Ubezpieczonego:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego (2, 3, 10, 12, 25)         | <input type="checkbox"/> Trwała Utrata Zdrowia przez Dziecko Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 10, 14, 15) |
| <input type="checkbox"/> Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego (10)                           | <input type="checkbox"/> Inwalidztwo Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 10, 19)                                    |
| <input type="checkbox"/> Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego w wyniku Ciężkiej Mnogiej (10) | <input type="checkbox"/> Ciężkie zachorowanie Dziecka (10, 16, 17)   |
| <input type="checkbox"/> Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego z Wadą Wrodzoną (10, 24)       | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Dziecka (10, 22)   |
| <input type="checkbox"/> Zgon Dziecka (2, 3), w tym urodzenie się martwego Dziecka (11)      | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (6, 7, 10, 22)                             |
| <input type="checkbox"/> Zgon Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (2, 3, 6, 7)           | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Dziecka na OIOM (10, 22)   |
| <input type="checkbox"/> Zgon Rodzica dziecka (2, 3, 10)                                     |  |

**4. DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Data wypadku

\_\_\_\_\_

Miejsce zdarzenia (prosimy o podanie nazwy i adresu)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Okoliczności, przebieg zdarzenia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, środków odurzających (w tym leków), środków psychotropowych lub narkotyków?

Tak  Nie

Czy w związku ze zdarzeniem policja, prokuratura lub sąd prowadziły postępowanie w sprawie wypadku?

Tak  (prosimy o podanie nazwy i adresu) Nie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data wystąpienia pierwszych objawów w przypadku choroby: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(dotyczy zdarzenia zgonu, ciężkiego zachorowania, operacji chirurgicznej, leczenia szpitalnego)

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem (nazwa, adres):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. ZGODY NIEZBĘDNE DO PRZEPROWADZENIA POSTĘPOWANIA LIKWIDACYJNEGO**

Oświadczam, że :

- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o moim stanie zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem,
- wyrażam zgodę na przekazywanie do Ubezpieczyciela przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz zgodę na zasięganie informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczeń.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Czytelny podpis Ubezpieczonego

## 6. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZESYŁANEJ DOKUMENTACJI

Oświadczam, że jestem w posiadaniu oryginalnej dokumentacji lub potwierdzonej za zgodność z oryginałem kopii przez Pracownika Ubezpieczyciela lub Agenta/Pośrednika Ubezpieczyciela lub upoważnionego przez Ubezpieczyciela pracownika Ubezpieczającego lub urzędnika administracji państwowej/samorządowej lub notariusza, która została przekazana do Ubezpieczyciela w celu przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonych roszczeń. Jednocześnie deklaruje, że na żądanie Ubezpieczyciela udostępnię wskazaną dokumentację, w celu przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonych roszczeń. Przymiuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych lub zatajenie informacji prawdziwych, może stanowić podstawę do odmowy przyjęcia odpowiedzialności. Informujemy, że podrobienie lub przerobienie dokumentu, a także posługiwanie się takim dokumentem jako autentycznym, może spowodować negatywne konsekwencje określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Data  
\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

## 7. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA

Przelew bankowy \_\_\_\_\_  
Numer rachunku bankowego

Posiadacz rachunku (prosimy wypełnić, jeśli posiadaczem rachunku nie jest osoba uprawniona do otrzymania wartości świadczenia)

\_\_\_\_\_  
Imię, Nazwisko / Nazwa

Przekaz pocztowy na adres korespondencyjny wskazany w punkcie 1

Przelew na pocztę składki do wniosku/polisu numer \_\_\_\_\_

kwota w PLN \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ na poczet składki ubezpieczeniowej  na poczet składki dodatkowej

\_\_\_\_\_  
Miejscowość  
\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Data  
\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

## 8. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

\_\_\_\_\_  
Nr kier. kraju Numer telefonu  
\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Data  
\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis (pieczęć) Pracownika/Agenta/Pośrednika  
PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

## 9. WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Prosimy o dostarczenie oryginału lub kopii poniższych dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem dokonać mogą: Pracownik Ubezpieczyciela, Agent/Pośrednik Ubezpieczyciela, upoważniony przez Ubezpieczyciela pracownik Ubezpieczającego, urzędnik administracji państwowej/samorządowej lub notariusz.

1. Decyzja organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury lub renty
2. Akt zgonu
3. Statystyczna karta zgonu lub dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu
4. Dokument potwierdzający pokrewieństwo, w przypadku, gdy osoba zgłaszająca nie została wskazana imiennie przez Ubezpieczonego jako Uposażony lub Uposażony Zastępczy
5. Dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia zgodnie z prawem spadkowym, w przypadku, gdy osoba uprawniona nie została wskazana imiennie przez Ubezpieczonego jako Uposażony lub Uposażony Zastępczy ani nie jest małżonkiem, dzieckiem, rodzicem oraz rodzeństwem
6. Kopia prawa jazdy, jeżeli nieszczęśliwy wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i Ubezpieczony/Partner/Dziecko był/o kierującym pojazdem, a w przypadku braku prawa jazdy wymagany jest, sporządzony przez policję lub prokuraturę, dokument zawierający informację, że Ubezpieczony/Partner/Dziecko prowadził/o pojazd mając odpowiednie uprawnienia, o ile osoba zgłaszająca jest w posiadaniu dokumentu
7. Dokument potwierdzający okoliczności nieszczęśliwego wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie lub informacja zawierająca numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie)
8. Aktualny akt małżeństwa lub akt małżeństwa i oświadczenie o pozostawaniu w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, albo oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym w dniu zajścia zdarzenia – jeżeli zdarzenie dotyczy Partnera
9. Dokument potwierdzający pokrewieństwo z rodzicem – kopia dowodu osobistego lub akt urodzenia
10. Akt urodzenia Dziecka lub orzeczenie sądu opiekuńczego, w przypadku przysposobienia Dziecka
11. Akt urodzenia Dziecka z odpowiednią adnotacją oraz karta leczenia szpitalnego zawierająca wiek ciąży – w przypadku urodzenia się martwego Dziecka
12. W przypadku osoby o ograniczonej zdolności do czynności prawnych/nie mającej zdolności do czynności prawnych: oświadczenie o sprawowaniu władzy rodzicielskiej nad dzieckiem niepełnoletnim, dokument potwierdzający ustanowienie opieki lub kurateli
13. Protokół ustalenia okoliczności i przyczyny wypadku przy pracy
14. Dokumentacja medyczna potwierdzająca fakt zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz przebieg leczenia
15. Zaświadczenie lekarskie o zakończonym leczeniu i rehabilitacji
16. Karta informacyjna leczenia szpitalnego oraz opinia lekarza specjalisty
17. Wyniki badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
18. Orzeczenie lekarskie orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy lub orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności orzecznym przez powiatowy lub wojewódzki zespół orzekający o niepełnosprawności
19. Orzeczenie lekarskie potwierdzające utratę organu lub jego funkcji
20. Zaświadczenie ze stacji sanitarno-epidemiologicznej stwierdzające, że w wyniku dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że przyczyną zakażenia wirusem HIV było przetoczenie krwi lub rutynowa procedura medyczna
21. Druk ZUS ZLA (zwolnienie lekarskie)
22. Karta informacyjna leczenia szpitalnego
23. Dokument potwierdzający przebytą operację chirurgiczną
24. Dokument medyczny potwierdzający Wadę Wrodzoną
25. Dokument potwierdzający uczęszczanie do szkoły przez Dziecko, które ukończyło 18 rok życia
26. Orzeczenie lekarskie organu upoważnionego do orzekania o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji

## 10. INFORMACJA O PROCESIE REKLAMACYJNYM

Klienci mający zastrzeżenia do usług albo działalności PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. mają prawo do złożenia reklamacji. Reklamacje mogą być kierowane osobiście, pisemnie na adres Ubezpieczyciela (ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa), telefonicznie pod numerem infolinii 801 231 500 lub za pośrednictwem formularza reklamacyjnego zamieszczonego na stronie internetowej: [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl). Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych sprawach termin ten zostanie wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania skargi, przy czym Klient zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone w celu rozpatrzenia sprawy oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi. Klient zostanie powiadomiony o rozpatrzeniu skargi w formie wybranej przez siebie poprzez jej określenie w treści reklamacji lub wskazanie numeru telefonu, adresu e-mail lub adresu korespondencyjnego, na który ma zostać przesłane powiadomienie. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca skargę złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi na skargę w tej formie. Szczegółowe informacje dotyczące procesu rozpatrywania skargi są publikowane na stronie internetowej [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl).

## 11. INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

### Administrator danych

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa (dane rejestrowe podane w stopce dokumentu) jest administratorem Państwa danych osobowych („Administrator”) podanych we wniosku o wypłatę świadczenia.

We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych i przysługujących praw z tym związanych, można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych poprzez:

- email: [ochrona.danych@pkoubezpieczenia.pl](mailto:ochrona.danych@pkoubezpieczenia.pl),
- formularz kontaktowy: <http://pkoubezpieczenia.pl/ochrona-danych-osobowych>,
- telefonicznie: +48 225410221,
- pisemnie: na adres siedziby Administratora.

### Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pani dane mogą być przetwarzane w celu:

- obsługi zgłoszonego roszczenia – podstawą prawną jest konieczność przetwarzania danych w ramach obsługi zgłoszonego roszczenia oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia, jeżeli dotyczy danego roszczenia,
- wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność wypełnienia przez Administratora obowiązku prawnego wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
- dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia, przeciwdziałania ewentualnym przestępstwom ubezpieczeniowym oraz reasekuracji ryzyk – podstawą prawną jest uzasadniony interes Administratora,
- wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami dla ubezpieczeń z Działu I grupa 3 Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

### Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu:

- przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia oraz
- wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

### Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane zakładom reasekuracji, agentom ubezpieczeniowym oraz innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe na zlecenie Administratora m.in. podmiotom: obsługującym zgłaszane roszczenia, przetwarzającym dane w celu dochodzenia roszczeń czy dostawcom usług IT.

### Przekazywanie danych poza EOG

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

### Prawa osoby, której dane są przetwarzane

Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo do:

- dostępu do danych oraz żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora swoich danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem.

### Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku ze złożonym wnioskiem o wypłatę świadczenia jest dobrowolne, ale konieczne do obsługi zgłoszonego roszczenia w ramach umowy ubezpieczenia. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem.