

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
(uniwersalny)

Numer certyfikatu/ wniosku/ polisy:

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE DOTYCZY

Ubezpieczonego Małżonka Dziecka Rodzica Teścia Partnera

RODZAJ UBEZPIECZENIA

inwestycyjne pracownicze indywidualne ubezpieczenie Spektrum
 zabezpieczenie leasingu zabezpieczenie pożyczki zabezpieczenie kredytu

INFORMACJE O ZDARZENIU UBEZPIECZENIOWYM (podanie danych jest wymagane)

Typ roszczenia

<input type="checkbox"/> Śmierć	<input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Niestetyliwego wypadku komunikacyjnego
<input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Niestetyliwego wypadku	<input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu
<input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Niestetyliwego wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Niestetyliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy
<input type="checkbox"/> Urodzenie Dziecka	<input type="checkbox"/> Urodzenie Dziecka z niską punkcją w skali APGAR
<input type="checkbox"/> Urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną	<input type="checkbox"/> Urodzenie martwego Dziecka
<input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Niestetyliwego wypadku
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu	<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu wskutek Niestetyliwego wypadku	<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Niestetyliwego wypadku przy pracy
<input type="checkbox"/> Pobyt w Szpitalu wskutek Niestetyliwego wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> Pobyt w Szpitalu wskutek Niestetyliwego wypadku komunikacyjnego
<input type="checkbox"/> Pobyt w Szpitalu na OIOM	<input type="checkbox"/> Rekonwalescencja po Pobycie w Szpitalu
<input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu	<input type="checkbox"/> Leczenie w Sanatorium po Pobycie w Szpitalu
<input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna	<input type="checkbox"/> Rehabilitacja po Pobycie w Szpitalu wskutek Niestetyliwego wypadku
<input type="checkbox"/> Ciężka Choroba	<input type="checkbox"/> Świadczenie poszpitalne
<input type="checkbox"/> Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Choroba nowotworowa
<input type="checkbox"/> Całkowita Niezdolność do Pracy w wyniku Niestetyliwego wypadku	<input type="checkbox"/> Wystąpienie nowotworu żeńskiego lub męskiego u Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> Trwała i całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> Niezdolność do spłaty Kredytu wskutek Ciężkiej choroby
<input type="checkbox"/> Całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> Trwale inwalidztwo/Trwale częściowe inwalidztwo w wyniku Niestetyliwego Wypadku
<input type="checkbox"/> Inne, jakie:	

▼ **PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI** ▼

DANE UBEZPIECZONEGO (podanie danych jest wymagane)

Imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia: (dd/mm/rrrr) / / Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:

PESEL: Kraj urodzenia*:

Płeć: kobieta mężczyzna

Posiadane obywatelstwa*:

Zawód (nazwa/ stanowisko):

Adres zamieszkania

Ulica:

Nr domu: Nr mieszkania:

Miejscowość: Kod pocztowy: -

Poczta: Kraj:

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (podanie danych jest wymagane w przypadku, gdy osoba zgłaszająca nie jest Ubezpieczonym)			
Imiona:			
Nazwisko:			
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)		Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:	
PESEL:		Kraj urodzenia*:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
Posiadane obywatelstwa*:			
Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym:			
Poniższe wypełnić w przypadku, gdy uprawniony jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej**			
Nazwa firmy:			
NIP:		REGON:	
Kraj, data, nazwa właściwego rejestru i nr rejestracji działalności: (podanie danych jest wymagane w przypadku, gdy nie ma nadanego numeru NIP)			
Osoba/osoby reprezentująca/reprezentujące osobę prawną			
1. Imiona:			
Nazwisko:			
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)		Kraj urodzenia*:	
PESEL:		Kraj urodzenia*:	
2. Imiona:			
Nazwisko:			
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)		Kraj urodzenia*:	
PESEL:		Kraj urodzenia*:	
Aktualny adres zamieszkania (podanie danych jest wymagane w przypadku, gdy osoba zgłaszająca nie jest Ubezpieczonym)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Poczta:		Województwo:	
Kraj:		Telefon:	
Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż zamieszkania)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Poczta:		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 poniżej 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 posiadającą status PEP.			
Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia			
Oświadczam, że <input type="checkbox"/> jestem / <input type="checkbox"/> nie jestem <input type="checkbox"/> osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 3, 11 i 12 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu***: (należy podać rodzaj zajmowanego stanowiska lub stopień pokrewieństwa bądź relacji z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne – patrz Objaśnienie***).			

DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA (podanie danych jest wymagane)	
Przelew: <input type="checkbox"/>	Przekaz pocztowy: <input type="checkbox"/>
Imię i Nazwisko właściciela rachunku:	
PESEL:	
Poniższe wypełnić w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL:	
Data urodzenia (dd/mm/rrrr):	Kraj urodzenia*:
Nazwa, seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:	
Posiadane obywatelstwa*:	
Nazwa Banku:	
Numer rachunku bankowego:	
Oświadczam, że odbiorca świadczenia: (właściwe zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> nie posiada innej rezydencji podatkowej niż Polska i/albo USA <input type="checkbox"/> posiada inną rezydencję podatkową niż Polska i/albo USA
Aktualny adres zamieszkania właściciela rachunku lub Adres do przekazu pocztowego świadczenia ubezpieczonego (podanie danych jest wymagane)	
Ulica:	
Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Województwo:
Powiat:	Gmina:
Nazwa Urzędu Skarbowego:	
Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą osoba wskazana do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest <input type="checkbox"/> / nie jest <input type="checkbox"/> osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 3, 11 i 12 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu***: (należy podać rodzaj zajmowanego stanowiska lub stopień pokrewieństwa bądź relacji z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne – patrz Objasnienie***).	
DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE NP. DZIECKO, RODZIC, PARTNER (podanie danych jest wymagane)	
Imiona:	
Nazwisko:	
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)	Kraj urodzenia*:
PESEL:	Obywatelstwo:
SZCZEGÓŁY ZDARZENIA (podanie danych jest wymagane)	
Data zgonu: (dd/mm/rrrr)	
Przyczyna zgonu: (wypadek, choroba, inna)	
Data urodzenia dziecka: (dd/mm/rrrr)	
Data zdiagnozowania Ciężkiej choroby/ Choroby nowotworowej: (dd/mm/rrrr)	
Nazwa choroby:	
Data pierwszego rozpoznania: (dd/mm/rrrr)	
Data pierwszego zgłoszenia się do lekarza w związku z chorobą: (dd/mm/rrrr)	
Okres pobytu w szpitalu:	
Od: (dd/mm/rrrr)	Do: (dd/mm/rrrr)
Przyczyna pobytu w szpitalu:	
Rodzaj zabiegu specjalistycznego:	
Data wykonania zabiegu specjalistycznego: (dd/mm/rrrr)	

Data powstania niezdolności do pracy i/lub samodzielnej egzystencji: (dd/mm/rrrr)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Przyczyna niezdolności do pracy:	

Data operacji chirurgicznej: (dd/mm/rrrr)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwa operacji:	

SZCZEGÓŁY ZDARZENIA POWSTAŁEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (podanie danych jest wymagane)

Data wypadku: (dd/mm/rrrr)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----------------------------------	---

Miejsce wypadku:

Opis okoliczności wypadku:

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:

DANE PLACÓWEK MEDYCZNYCH, PORADNI SPECJALISTYCZNYCH, PRZYCHODNI, LEKARZY, SZPITALI, W KTÓRYCH PROWADZONO LECZENIE W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM UBEZPIECZENIOWYM:

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.
- 4) Oświadczam, że przekażę osobom trzecim, których dane osobowe zostały podane w niniejszym formularzu, informacje o przetwarzaniu ich danych osobowych przez Open Life TU Życie S.A. (sekcja „INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH” poniżej). Zostałem poinformowany, że informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez Open Life TU Życie S.A. znajdują się również na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń pod adresem: <https://www.openlife.pl/rodo/dane-osobowe/>.

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

INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Administrator danych

Administratorem danych osobowych jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (kod: 00-877), al. „Solidarności” 171. Z Administratorem danych można się skontaktować poprzez: formularz kontaktowy pod adresem www.openlife.pl/kontakt/, adres email: info@openlife.pl, telefonicznie pod numerem: 801 222 333 lub +48 22 118 94 99 od poniedziałku do piątku w dni powszednie w godzinach 9:00 – 16:00 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 lub przesyłając pismo na adres: Inspektor Ochrony Danych Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, al. „Solidarności” 171, 00-877 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 kraju urodzenia lub obywatelstwa innego niż **PL** prosimy o załączenie wypełnionego formularza „**Oświadczenie Klienta o rezydencji podatkowej**” – druk dostępny na www.openlife.pl, w zakładce „Zgłoś roszczenie” - dodatkowe dokumenty.

** Prosimy o załączenie wypełnionego formularza „**Oświadczenie dotyczące beneficjenta rzeczywistego**” – druk dostępny na www.openlife.pl, w zakładce „Zgłoś roszczenie” – dodatkowe dokumenty

*** **Objaśnienie:**

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

1. Osoby zajmujące eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się przez to, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- 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,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- f) ambasadorów, *chargés d'affaires* oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, 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 oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

2. Członkowie rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się przez to:

- 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 pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

3. Osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się przez to:

- 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.