



WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA	
Nr Wniosko-Polisy:	
Data okresu ubezpieczenia: od.....do.....	
DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ (wypełnia Ubezpieczony)	
Imię i nazwisko Ubezpieczonego:	
Data urodzenia Ubezpieczonego:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Adres do korespondencji:	
Numer telefonu do kontaktu:	
Adres mailowy:	
DANE OSOBY UPRAWNIONEJ (wypełnia Uprawniony)	
Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Adres do korespondencji:	
Numer telefonu do kontaktu:	
Adres mailowy:	
INFORMACJE O ROSZCZENIU	
Wypłata z tytułu: (x - zaznaczyć odpowiedni zakres)	
<input type="checkbox"/>	Śmierć Ubezpieczonego;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku związanego z podróżą;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku związanego z podróżą;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu;
<input type="checkbox"/>	Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu;
<input type="checkbox"/>	Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Partnera;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Partnera w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem śmierci Partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku związanego z podróżą;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Partnera w wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Dziecka;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Rodzica lub Teścia/Teściowej Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku;
<input type="checkbox"/>	Śmierć Rodzica Partnera w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku;
<input type="checkbox"/>	Trwałe Całkowite Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
<input type="checkbox"/>	Trwałe Całkowite Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu;

	Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego trwająca do 14 dni;
	Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego trwająca powyżej 14 dni;
	Hospitalizacja z powodu choroby Ubezpieczonego trwająca do 14 dni;
	Hospitalizacja z powodu choroby Ubezpieczonego trwająca powyżej 14 dni;
	Poważna choroba Ubezpieczonego;
	Choroba śmiertelna Ubezpieczonego;
	Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Partnera trwająca do 14 dni;
	Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Partnera trwająca powyżej 14 dni;
	Hospitalizacja z powodu choroby Partnera trwająca do 14 dni;
	Hospitalizacja z powodu choroby Partnera trwająca powyżej 14 dni;
	Poważna choroba Partnera;
	Poważna choroba Dziecka.
Data i miejsce zdarzenia/wypadku/zachorowania/śmierci/urodzenia:	
Opis zdarzenia/wypadku/zachorowania (z podaniem przyczyn i okoliczności):	
Rodzaj doznanego urazu:	
Data wystąpienia pierwszych objawów choroby (jeśli dotyczy):	
Okres pobytu w szpitalu (całodobowo)(jeśli dotyczy): od..... do .....	
Czy proces leczenia i rehabilitacji został zakończony ? TAK / NIE - data.....	
Jeśli NIE, data przewidywanego zakończenia - data.....	
Adres placówki medycznej, w której leczy się/leczyła się Osoba Ubezpieczona:	
Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwsza pomocy medycznej:	
Adres placówki medycznej, która sprawuje/sprawowała opiekę medyczną związaną ze zgłoszoną chorobą/wypadkiem:	
Czy w związku z wypadkiem została wezwana policja i zostały sporządzone raporty policyjne ? TAK / NIE	
Adres Prokuratury/Sądu i Nr sprawy:	
LISTA ZAŁĄCZONEJ DOKUMENTACJI	

DYSPOZYCJA WYPŁATY	
Imię i nazwisko Właściciela rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	
Data i miejscowość:	Podpis:
UPOWAŻNIENIA	
<p>1. Oświadczam, że zostały mi okazane pełnomocnictwa Agenta Ubezpieczeniowego do dokonywania czynności agencyjnych w imieniu ONEY Life (PCC) Limited i ONEY INSURANCE (PCC) LIMITED oraz upoważnienie osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne w imieniu Agenta Ubezpieczeniowego wraz z odpowiednim upoważnieniem.</p>	
<p>2. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że administratorami udostępnionych przeze mnie danych osobowych są ONEY LIFE (PCC) LIMITED oraz ONEY INSURANCE (PCC) LIMITED. Ponadto, zostałem poinformowany o uprawnieniach przysługujących mi na podstawie Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, zwłaszcza o prawie wglądu do danych i ich poprawiania.</p>	
<p>3. Udostępnione dane osobowe będą przetwarzane dla następujących celów: zgłoszenia i zarządzania roszczeniami; realizowania badań statystycznych, analiz, ankiet; oceny ryzyka; przeciwdziałania przestępczości. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że moje dane osobowe mogą zostać przekazane CBP Solutions Poland Sp. z o.o. (oraz jej przedstawicielom), a także innym podmiotom lub dostawcom, posiadającym z Ubezpieczycielem umowę w zakresie wykonywania zadań bezpośrednio związanych z ww. celami przetwarzania danych osobowych.</p>	
<p>4. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez ONEY Life (PCC) Limited i ONEY INSURANCE (PCC) LIMITED do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem mojego prawa do świadczenia i wysokością świadczenia.</p>	
<p>5. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez ONEY Life (PCC) Limited i ONEY INSURANCE (PCC) LIMITED do Narodowego Funduszu Zdrowia i przekazanie zakładowi ubezpieczeń danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalania odpowiedzialności ONEY Life (PCC) Limited i ONEY INSURANCE (PCC) LIMITED oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.</p>	
<p>6. Oświadczam, że używam adresu poczty elektronicznej podanego przeze mnie w niniejszym dokumencie oraz wyrażam zgodę na przekazywanie mi za pośrednictwem poczty elektronicznej wszelkich informacji dotyczących zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności w przedmiocie zgłoszonego roszczenia.</p>	
Data i miejscowość:	
Imię i nazwisko:	
Podpis:	