

## Wniosek o wypłatę świadczenia

Numer polisy

OPPIA-F011-14-0226-PDF

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Wniosek wypełnia osoba uprawniona, z wyłączeniem przypadku gdy osoba uprawniona nie ukończyła 18 roku życia lub jest osobą ubezwłasnowolnioną. W takim przypadku wniosek wypełnia i podpisuje osoba uprawniona do reprezentowania małoletniego lub osoby ubezwłasnowolnionej.

Podanie danych i złożenie oświadczeń wskazanych w niniejszym wniosku jest niezbędne w celu jego zrealizowania.

W przypadku wypełniania wniosku bez obecności Konsultanta prosimy o przesłanie kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość tj. skan lub zdjęcie dowodu osobistego (obydwu stron) lub paszportu w części zawierającej dane osobowe osoby uprawnionej do świadczenia.

**1. Świadczenie z tytułu**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Śmierci                                 | <input type="checkbox"/> Niezdolności do samodzielnej egzystencji  |
| <input type="checkbox"/> Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> Poważnego uszczerbku/inwalidztwa  |
| <input type="checkbox"/> Przejęcia opłacania składek             | <input type="checkbox"/> Poważnego zachorowania / ubezpieczenia dodatkowego kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania |
| <input type="checkbox"/> Pobytu w szpitalu lub operacji          | <input type="checkbox"/> Wniosku o wypłatę zaliczki na poczet świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego                          |
| <input type="checkbox"/> Niezdolności do pracy                   |  |

**2. Dane osoby uprawnionej do świadczenia**

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

Telefon komórkowy (niezbędny do wysyłania korespondencji elektronicznie)

Adres e-mail (niezbędny do wysyłania korespondencji elektronicznie)

Państwo urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL)

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: dowodu osobistego/mDowodu/paszportu

Data ważności dokumentu tożsamości

Obywatelstwo:  polskie

inne (jakie)

### Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

### Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż powyżej)

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

### 3. Dane reprezentanta osoby uprawnionej do świadczenia (wypełnić tylko w przypadku składania wniosku przez reprezentanta)

Relacja pomiędzy osobą występującą z wnioskiem a osobą uprawnioną

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

Telefon komórkowy (niezbędny do wysyłania korespondencji elektronicznie)

Adres e-mail (niezbędny do wysyłania korespondencji elektronicznie)

Państwo urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL)

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: dowodu osobistego/mDowodu/paszportu

Data ważności dokumentu tożsamości

Obywatelstwo:  polskie

inne (jakie)

### Dotyczy wyłącznie małoletnich Ubezpieczonych

Oświadczam, że jestem osobą umocowaną do działania w imieniu małoletniego Ubezpieczonego w charakterze przedstawiciela ustawowego.

### Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż powyżej)

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

#### 4. Numer rachunku do wypłaty

Numer rachunku bankowego

Oświadczam, że jestem posiadaczem rachunku bankowego

Oświadczam, że jestem współposiadaczem rachunku bankowego

Imię i nazwisko współposiadacza rachunku bankowego

Oświadczam, że rachunek należy do osoby trzeciej

Imię posiadacza rachunku bankowego

Nazwisko posiadacza rachunku bankowego

Data urodzenia posiadacza rachunku

W przypadku gdy do wypłaty świadczenia wskazany zostanie rachunek osoby trzeciej, niezbędne będzie dostarczenie wypełnionego i podpisanego przez posiadacza rachunku Oświadczenia właściciela rachunku wraz z kopią dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby.

Formularz Oświadczenia posiadacza rachunku bankowego dostępny jest na [www.pru.pl](http://www.pru.pl) i stanowi załącznik do wniosku.

W przypadku braku rachunku bankowego prosimy o kontakt z Prudential.

Poniższe sekcje wypełniane są zgodnie z rodzajem świadczenia.

#### 5. Wypłata z tytułu śmierci lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (NW)

Dane Ubezpieczonego

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (dot. osób nieposiadających nr. PESEL)

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: dowodu osobistego/mDowodu/paszportu

Data ważności dokumentu tożsamości

Data śmierci

Czy śmierć została spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem?

TAK

NIE

Jeśli nie, prosimy o podanie przyczyny śmierci:

Jeśli tak, prosimy o podanie dodatkowych informacji dotyczących nieszczęśliwego wypadku:





Prosimy o podanie nazwiska lekarza pierwszego kontaktu i nazwy placówki w której pracuje lekarz

Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu	Nazwa i adres placówki medycznej w której pracuje lekarz pierwszego kontaktu	Okres leczenia
		od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Prosimy o podanie informacji o lekarzu/ach, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z poważnym zachorowaniem:

Specjalizacja lekarza/y, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z poważnym zachorowaniem	Nazwa i adres ZOZ-u / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia
		od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia – prosimy o zaznaczenie dokumentów składanych z wnioskiem:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania np.: wynik badania histopatologicznego; karty leczenia szpitalnego; wyniki badań i konsultacji lekarskich (kopie)
  - w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby
  - kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość uposażonego lub uprawnionego (czytelny skan/zdjęcie dowodu osobistego lub paszportu zawierający widoczne krawędzie dokumentu)\*\*
- \*\* Zamiast przedłożenia wraz z wnioskiem kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość możliwe jest potwierdzenie tożsamości u Konsultanta Prudential lub w oddziale Prudential.

### Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego

- na wypadek niezdolności do pracy
- na wypadek niezdolności dziecka do samodzielnej egzystencji
- przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy

Data powstania niezdolności do pracy /niezdolności do samodzielnej egzystencji dziecka

Okres zwolnienia lekarskiego od         do

Czy zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji dziecka  
 TAK      NIE

jeśli tak, proszę wpisać datę wydania orzeczenia

Przyczyna niezdolności do pracy /niezdolności do samodzielnej egzystencji dziecka  choroba      wypadek  
 Nazwa choroby

--

Prosimy o podanie dodatkowych informacji dotyczących wypadku będącego przyczyną niezdolności do pracy

--

Data wypadku

Miejsce wypadku

--

Prosimy o podanie nazwiska lekarza pierwszego kontaktu i nazwy placówki w której pracuje lekarz

Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu	Nazwa i adres placówki medycznej w której pracuje lekarz pierwszego kontaktu	Okres leczenia
		od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Prosimy o podanie informacji o lekarzu/ach, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z niezdolnością do pracy /niezdolności do samodzielnej egzystencji dziecka

Specjalizacja lekarza/y, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z niezdolnością do pracy /niezdolności do samodzielnej egzystencji dziecka	Nazwa i adres ZOZ-u / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia
		od <input type="text" value="D D M M R R R R"/> do <input type="text" value="D D M M R R R R"/>

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia – prosimy o zaznaczenie dokumentów składanych z wnioskiem:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie całkowitej i trwałej niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji, w tym karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań (kopie)
- orzeczenie komisji lekarskiej ZUS/KRUS lub powiatowych/miejskich/wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności potwierdzające całkowitą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej (kopie)
- w przypadku niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku – oficjalny dokument z policji lub prokuratury opisujący okoliczności wypadku (kopia)
- zwolnienia lekarskie lub opinia lekarska potwierdzające ciągłość niezdolności do pracy trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 180 dni (kopie)
- w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość uposażonego lub uprawnionego (czytelny skan/zdjęcie dowodu osobistego lub paszportu zawierający widoczne krawędzie dokumentu)\*

\*Zamiast przedłożenia wraz z wnioskiem kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość możliwe jest potwierdzenie tożsamości u Konsultanta Prudential lub w oddziale Prudential

### Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego

- na wypadek poważnego inwalidztwa/uszczerbku
- przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego inwalidztwa/uszczerbku

Data powstania poważnego inwalidztwa/uszczerbku

Czy poważne inwalidztwo/uszczerbek był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem?  TAK  NIE

Jeśli tak, prosimy o podanie okoliczności nieszczęśliwego wypadku:

Czy poważne inwalidztwo/uszczerbek był spowodowany chorobą?  TAK  NIE

Jeśli tak, prosimy o podanie szczegółów:

Nazwa choroby

Data wystąpienia pierwszych objawów

Data diagnozy

Data wykonania operacji

Prosimy o podanie nazwiska lekarza pierwszego kontaktu i nazwy placówki w której pracuje lekarz

Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu	Nazwa i adres placówki medycznej w której pracuje lekarz pierwszego kontaktu	Okres leczenia
		od <input type="text" value="D D M M R R R R"/> do <input type="text" value="D D M M R R R R"/>

Prosimy o podanie informacji o lekarzu/ach, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z poważnym inwalidztwem/uszczerbkiem

Specjalizacja lekarza/y, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z poważnym inwalidztwem/uszczerbkiem	Nazwa i adres ZOZ-u / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia
		od <input type="text" value="D D M M R R R R"/> do <input type="text" value="D D M M R R R R"/>

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia – prosimy o zaznaczenie dokumentów składanych z wnioskiem:

- w przypadku poważnego inwalidztwa/uszczerbku spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – oficjalny dokument potwierdzający okoliczności nieszczęśliwego wypadku (kopia)
- w przypadku poważnego inwalidztwa/uszczerbku spowodowanego chorobą – pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego inwalidztwa/uszczerbku, w tym kopie wykonanych badań oraz diagnoza lekarza specjalisty (kopie)
- w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość uposażonego lub uprawnionego (czytelny skan/zdjęcie dowodu osobistego lub paszportu zawierający widoczne krawędzie dokumentu)\*

\*Zamiast przedłożenia wraz z wnioskiem kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość możliwe jest potwierdzenie tożsamości u Konsultanta Prudential lub w oddziale Prudential.

### Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego (pobyt w szpitalu lub operacja)

- dotyczy dziecka

Imię i nazwisko dziecka

Czy pobyt w szpitalu/operacja był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem?  TAK  NIE

Jeśli tak, prosimy o podanie okoliczności nieszczęśliwego wypadku:

czas pobytu w szpitalu od

do

czas pobytu w szpitalu od

do

czas pobytu na OIOM od

do

data operacji

data operacji

data wystawienia skierowania do szpitala/na operację

Prosimy o podanie nazwiska lekarza pierwszego kontaktu i nazwy placówki w której pracuje lekarz pierwszego kontaktu

Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu	Nazwa i adres placówki medycznej w której pracuje lekarz pierwszego kontaktu	Okres leczenia
		od <input type="text"/> do <input type="text"/>

Prosimy o podanie informacji o lekarzu/ach, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z pobytem w szpitalu/operacją

Specjalizacja lekarza/y, który/rzy prowadzili badania lub leczenie w związku z pobytem w szpitalu/operacją	Nazwa i adres ZOZ-u / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia
		od <input type="text"/> do <input type="text"/>

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia – prosimy o zaznaczenie dokumentów składanych z wnioskiem:

- w przypadku pobytu w szpitalu – karta informacyjna z pobytu w szpitalu (wymagane są wszystkie strony karty) (kopia)
- w przypadku pobytu na OIOM – dokument potwierdzający długość leczenia na OIOM (kopia)
- w przypadku operacji – dokument potwierdzający przebytą operację (kopia)
- w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość uposażonego lub uprawnionego (czytelny skan/zdjęcie dowodu osobistego lub paszportu zawierający widoczne krawędzie dokumentu)\*

\*Zamiast przedłożenia wraz z wnioskiem kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość możliwe jest potwierdzenie tożsamości u Konsultanta Prudential lub w oddziale Prudential.

## Wniosek o wypłatę zaliczki na poczet świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Data śmierci Ubezpieczonego

Prosimy o podanie przyczyny śmierci:

Prosimy o podanie okoliczności śmierci:

### Dodatkowe informacje

### Oświadczenie o statusie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (PEP) oraz jej rodziny i współpracowników\*\* (dotyczy dziecka)

Imię i nazwisko dziecka

- Zapoznałem/am się z definicjami: osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne, osób znanych jako ich bliscy współpracownicy oraz członków rodziny osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne, a także z wykazem krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 46c ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Składając poniższe oświadczenie jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Czy dziecko jest:

- Osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne?

TAK  NIE

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, proszę podać zajmowane stanowisko polityczne.

- Członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne?

TAK  NIE

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, proszę podać stanowisko polityczne zajmowane przez członka rodziny.

- Osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne?

TAK  NIE

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, proszę podać stanowisko polityczne zajmowane przez bliskiego współpracownika.

\*\* Podanie danych zawartych w dokumencie wynika z przepisów prawa i jest niezbędne do zawarcia lub obsługi umowy ubezpieczenia

### Oświadczenie o statusie osoby zajmującej eksponowane stanowiska polityczne (PEP) oraz jej rodziny i współpracowników\*\*

- Zapoznałem/am się z definicjami: osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne, osób znanych jako ich bliscy współpracownicy oraz członków rodziny osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne, a także z wykazem krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 46c ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Składając poniższe oświadczenie jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Czy jest Pan/Pani:

- Osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne?

TAK  NIE

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, proszę podać zajmowane stanowisko polityczne.

- Członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne?

TAK  NIE



- 6) rachunkowych, na podstawie przepisów o rachunkowości;
- 7) dochodzenia roszczeń Prudential oraz obrony praw Prudential w postępowaniu karnym – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Prudential.

Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa.

### 3. Komu przekazujemy Pana/Pani dane osobowe?

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą: zakłady ubezpieczeń lub reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, biura informacji gospodarczej, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Rzecznik Finansowy, kancelarie prawne, organy administracji państwowej, o ile zażądają udostępnienia Pana/Pani danych osobowych w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych będzie wynikał z przepisów prawa a także Szef Krajowej Administracji Skarbowej w celu ich dalszego przekazania właściwym organom Państw uczestniczących na podstawie międzynarodowych porozumień w zakresie wymiany informacji o rachunkach finansowych.

Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, mającym siedzibę na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego („EOG”) lub na terytorium państw spoza EOG, takich jak Wielka Brytania, Indie lub Stany Zjednoczone, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Prudential. W przypadku transferu danych do Wielkiej Brytanii ich przekazywanie odbywać się będzie na podstawie decyzji Komisji Europejskiej („KE”), która uznała, że jest to państwo trzecie dające wystarczające gwarancje ochrony danych osobowych zgodnie z RODO.

Kraje spoza EOG mogą nie oferować takiego samego poziomu ochrony danych osobowych jak kraje EOG. Zanim Pana/Pani dane osobowe zostaną przekazane poza EOG, Prudential dołoży wszelkich starań, aby takie przekazanie nie doprowadziło do obniżenia poziomu Pana/Pani ochrony zagwarantowanego na podstawie przepisów obowiązujących w krajach należących do EOG. Należyta ochrona Pana/Pani danych osobowych będzie zapewniona również w razie dalszego przekazania Pana/Pani danych osobowych z pierwotnego państwa trzeciego do innego (kolejnego) państwa trzeciego znajdującego się poza EOG.

W przypadku transferu Pana/Pani danych osobowych poza EOG ich przekazywanie odbywać się będzie na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską.

Może Pan/Pani także poprosić o dodatkowe informacje w zakresie przekazywania danych poza EOG i uzyskać kopię przyjętych środków ochrony, kontaktując się z nami na zasadach określonych w pkt 5.

### 4. Pana/Pani prawa

- 1) Ma Pan/Pani prawo do żądania:
  - a. dostępu do swoich danych osobowych, uzyskania potwierdzenia, czy Pana/Pani dane osobowe są wykorzystywane, uzyskania ich kopii oraz do uzyskania informacji m.in. o: celach wykorzystania, kategoriach danych osobowych, kategoriach odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, planowanym okresie przechowywania danych osobowych, a także o źródle ich pozyskania przez nas (art. 15 RODO – rozporządzenia ogólnego o ochronie danych osobowych);
  - b. sprostowania Pana/Pani danych osobowych, gdy są niekompletne lub nieprawidłowe (art. 16 RODO);
  - c. usunięcia Pana/Pani wszystkich lub niektórych danych osobowych (art. 17 RODO), jeżeli:
    - I. wycofał/a Pan/Pani zgodę, a nie mamy innej podstawy prawnej wykorzystania tych danych;
    - II. Pana/Pani dane osobowe przestały być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były wykorzystywane;
    - III. wniósł/wniosła Pan/Pani sprzeciw, który uznaliśmy za zasadny;
    - IV. Pana/Pani dane osobowe są wykorzystywane niezgodnie z prawem;
  - d. ograniczenia wykorzystania Pana/Pani danych osobowych (art. 18 RODO), tj. zażądać, abyśmy zaprzestali ich wykorzystania (nie dotyczy to jednak przechowywania Pana/Pani danych osobowych) w sytuacjach, gdy:
    - I. kwestionuje Pan/Pani prawidłowość swoich danych osobowych – wówczas ograniczymy ich wykorzystanie na czas potrzebny nam do sprawdzenia prawidłowości Pana/Pani danych;
    - II. kwestionuje Pan/Pani zgodność z prawem wykorzystania przez nas danych osobowych;
    - III. nie potrzebujemy już tych danych, ale są one Panu/Pani potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub obrony jego/jej roszczeń;
    - IV. wniósł/wniosła Pan/Pani sprzeciw wobec wykorzystywania Pana/Pani danych – do czasu podjęcia przez nas decyzji co do zasadności sprzeciwu.
- 2) Ma Pan/Pani również prawo do wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych z Pana/Pani szczególną sytuacją wobec wykorzystywania Pana/Pani danych osobowych na podstawie naszych prawnie uzasadnionych interesów; na skutek wniesienia sprzeciwu rozważymy, czy – ze względu na Pana/Pani szczególną sytuację – ochrona Pana/Pani interesów, praw i wolności przeważa nad interesami, które realizujemy, wykorzystując Pana/Pani dane osobowe; jeżeli Pana/Pani sprzeciw okaże się zasadny, a nie ma innej podstawy prawnej wykorzystania tych danych, usuniemy je (art. 21 ust. 1 RODO);

### 5. Jak można się z nami skontaktować?

W przypadku jakichkolwiek pytań, uwag i wniosków dotyczących niniejszej klauzuli, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z Prudential za pośrednictwem adresu e-mail: bok.rodod@pru.pl, infolinii: 801 30 20 10 (czynnej od poniedziałku do piątku w godzinach: 9.00–18.00), drogą pisemną na adres siedziby Prudential (podany w pkt 1 niniejszego dokumentu) lub osobiście/telefonicznie z przedstawicielem Prudential.

Może Pan/Pani też skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, ustanowionym przez administratora danych, pod adresem e-mail: IOD@prudential.pl.

Ma Pan/Pani również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

## Oświadczenie o poprawności danych

Oświadczam, że wszystkie dane w niniejszym wniosku podałem/am w dobrej wierze i zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Miejscowość

Data i podpis osoby występującej z wnioskiem

## 6. Zgoda

Zgadzam się na możliwość przekazywania mi przez Prudential informacji dotyczących niniejszego wniosku, w szczególności dotyczących jego zarejestrowania i konieczności uzupełnienia dokumentów, za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres email. Ekologia jest dla nas ważna. Brak zgody na kontakt elektroniczny oznacza, że rezygnujesz z otrzymywania w przyszłości dokumentów związanych z rozpatrywaniem wnioskiem w formie elektronicznej i wybierasz formę papierową.

Osoba występująca z wnioskiem:

TAK  NIE

## 7. Oświadczenie Konsultanta lub Pracownika oddziału

Potwierdzam, że w stosunku do Uprawnionego wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

W przypadku Uprawnionych działających poprzez reprezentanta potwierdzam, że zweryfikowałem, iż osoba reprezentująca Ubezpieczającego jest odpowiednio umocowana do działania w jego imieniu oraz wykonałem wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

Data

Miejscowość

Imię i nazwisko Konsultanta współpracującego lub Pracownika oddziału

Numer

Oddział

Podpis