

Numer polisy

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 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)

☐ śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku

☐ śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego

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

Oświadczenia i informacje prawne

Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Niniejsze oświadczenie składane jest w celu wypełnienia obowiązków nałożonych na polskie instytucje finansowe przez ustawę z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami oraz ustawę z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA.
 2. Wskazane wyżej obowiązki obejmują identyfikację Uprawnionych będących rezydentami podatkowymi innych krajów oraz przekazanie danych dotyczących zawartych przez nich umów ubezpieczenia do organów administracji podatkowej państw, w których rezydencja takich osób została zidentyfikowana (w przypadku amerykańskiego urzędu skarbowego właściwym będzie Internal Revenue Services – IRS), za pośrednictwem Krajowej Administracji Skarbowej.
 3. Na mocy międzynarodowych porozumień w zakresie wymiany informacji o rachunkach finansowych, informacje znajdujące się w niniejszym oświadczeniu oraz informacje dotyczące Uprawnionych, a także ich rachunków raportowanych oraz rachunków nieudokumentowanych są gromadzone, przetwarzane i mogą zostać przekazane Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, w celu ich dalszego przekazania właściwym organom Państw uczestniczących / Stanów Zjednoczonych.
 4. Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce ma prawo zweryfikować prawdziwość danych zawartych w oświadczeniu i w razie podejrzenia, iż dane złożone w oświadczeniu są nieprawdziwe, może prosić o przedłożenie przez Uprawnionego dodatkowych dokumentów w celu potwierdzenia tych danych.
 5. Uprawniony ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia.
- ☐ Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie rezydencji podatkowej w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności do dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia. Powiadomię Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce o zmianie w ciągu 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności.
- ☐ Oświadczam, że wszystkie oświadczenia złożone w tym formularzu są zgodnie z najlepszą wiedzą i przekonaniem, poprawne i rzetelne.
- ☐ Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Objaśnienie CRS i FATCA

Definicje w rozumieniu Ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami oraz zgodnie z wymogami Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz towarzyszącymi Uzgodnieniami Końcowymi. Zaprezentowane definicje mają charakter ogólny i nie są wiążące.

Państwo uczestniczące	Rozumie się: a) inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie, b) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Rzeczpospolita Polska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowych, c) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Unia Europejska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych, wymienione w wykazie opublikowanym przez Komisję Europejską. Listę państw uczestniczących, o których mowa w lit. b-c, określa Minister Finansów w drodze obwieszczenia do 31 marca każdego roku kalendarzowego.
Rezydencja podatkowa	Kraj rezydencji podatkowej to kryterium podatkowe ustalane dla celów określenia zasad opodatkowania podatkiem dochodowym lub podatkiem podobnym w danym państwie. Rezydencja podatkowa oznacza podleganie nieograniczonemu obowiązkowi podatkowemu w danym państwie i jest ustalana w szczególności w oparciu o miejsce zamieszkania dla osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych z uwagi na ich siedzibę.
Podatnik USA	Definicja powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code). Najczęściej jest nim osoba fizyczna: 1) będąca obywatelem USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa) lub 2) posiadająca prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta) lub 3) która dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA lub 4) przebywała w USA przez około pół roku w okresie roku bieżącego i dwóch poprzedzających lat.
TIN	Numerem identyfikacji podatkowej w Stanach Zjednoczonych może być: 1) SSN czyli Social Security Number – dziewięciocyfrowy numer nadawany osobom fizycznym. Numer ten nadawany jest tylko i wyłącznie amerykańskim obywatelom i osobom bez amerykańskiego obywatelstwa, ale z prawem stałego pobytu. 2) EIN czyli Employer Identification Number (zwany często FEIN czyli Federal Employer Identification Number) – jest to numer nadawany tylko i wyłącznie przedsiębiorstwom przez amerykański urząd skarbowy. Jest to numer dziewięciocyfrowy. 3) ITIN czyli Individual Taxpayer Identification Number – numer ten nadawany jest przez IRS osobom, które nie posiadają numeru SSN (czyli nie mają amerykańskiego obywatelstwa albo prawa pobytu w USA). Numer ten nadawany jest tylko osobom fizycznym i składa się z dziewięciu cyfr. 4) ATIN czyli Taxpayer Identification Number for Pending U.S. Adoptions – nadawany adoptowanym dzieciom jako numer tymczasowy w czasie, gdy rodzice nie mogą wnioskować o SSN.

Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego

- ☐ na wypadek poważnego zachorowania
- ☐ na wypadek poważnego zachorowania plus
- ☐ ochrona dla dziecka (poważne zachorowanie dziecka)
- ☐ na wypadek poważnego zachorowania dziecka
- ☐ kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania
- ☐ kompleksowego Ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania
- ☐ przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania
- ☐ dotyczy dziecka

Imię i nazwisko dziecka

Nazwa zdiagnozowanej choroby/nazwa operacji

Data wystąpienia pierwszych objawów

Data diagnozy

Data pierwszej konsultacji potwierdzającej diagnozę

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 / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia
		od do

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

Specjalizacje lekarzy, którzy prowadzili badania lub leczenie w związku z poważnym zachorowaniem	Nazwa i adres ZOZ-u / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia
		od do

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

D | D | M | M | R | R | R | R

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 D D M M R R R R do D D M M R R R R

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

Specjalizacje lekarzy, którzy prowadzili badania lub leczenie w związku z niezdolnością do pracy/niezdolności do samodzielnej egzystencji dziecka	Nazwa i adres placówki medycznej / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia
		od D D M M R R R R do 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 jakiejkolwiek 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

D | D | M | M | R | R | R | R

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

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

Specjalizacje lekarzy, którzy prowadzili badania lub leczenie w związku z pobytem w szpitalu/operacją	Nazwa i adres placówki medycznej / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia																
		od <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table> do <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td> </tr> </table>	D	D	M	M	R	R	R	R	D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R											
D	D	M	M	R	R	R	R											

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.

Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego ograniczenia samodzielności życiowej i zawodowej

- ☐ Ograniczenie samodzielności życiowej
- ☐ Ograniczenie samodzielności życiowej i zawodowej
- ☐ Przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego ograniczenia samodzielności życiowej
- ☐ Przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego ograniczenia samodzielności życiowej i zawodowej

Rodzaj ograniczenia

- ☐ utrata zdolności chodzenia
- ☐ utrata zdolności używania kończyn
- ☐ utrata zdolności do samodzielnego życia
- ☐ całkowita niezdolność do pracy
- ☐ niezdolność do pracy lub do wykonywania dotychczasowej działalności zarobkowej
- ☐ znaczny stopień niepełnosprawności
- ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności
- ☐ inne:

(zgodnie z katalogiem OWU – Tabela 1 i 2)

Data wystąpienia ograniczenia samodzielności życiowej/zyciowej i zawodowej

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Czy poważne ograniczenie samodzielności życiowej/ życiowej i zawodowej było spowodowane

- ☐
- nieszczęśliwym wypadkiem
- ☐
- choroba

Prosimy o podanie okoliczności nieszczęśliwego wypadku/ nazwa choroby:

Czy zostało wydane orzeczenie o niezdolności do pracy lub do wykonywania dotychczasowej działalności zarobkowej

- ☐
- NIE
-
- ☐
- TAK

Data niezdolności wskazana w orzeczeniu

D | D | M | M | R | R | R | R

Całkowita niezdolność do pracy ☐ TAK ☐ NIE

Częściowa niezdolność do pracy ☐ TAK ☐ NIE

Brak możliwości wykonywania dotychczasowej pracy ☐ TAK ☐ NIE

Czy była aktywność zawodowa w ciągu 12 miesięcy przed powstaniem ograniczenia samodzielności

- ☐
- TAK
- ☐
- NIE

- ☐ działalność gospodarcza
- ☐ rolnicza
- ☐ umowa o pracę

Prosimy o podanie okoliczności nieszczęśliwego wypadku/ nazwy choroby:

Czy orzeczono stopień niepełnosprawności ☐ TAK, ☐ NIE

☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności

☐ znaczny stopień niepełnosprawności

Czy zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy

☐ NIE

☐ TAK

Data niezdolności wskazana w orzeczeniu

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Informacje o leczeniu dziecka

Specjalizacje lekarzy, którzy prowadzili badania lub leczenie w związku z ograniczeniem samodzielności dziecka	Nazwa i adres placówki medycznej / szpitala / głównego miejsca pracy lekarza	Okres leczenia																
		od <table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table> do <table><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R											
D	D	M	M	R	R	R	R											

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

- ☐ w przypadku ograniczenia samodzielności dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – oficjalny dokument potwierdzający okoliczności nieszczęśliwego wypadku (kopia)
- ☐ w przypadku ograniczenia samodzielności dziecka spowodowanego chorobą – pełna dokumentacja potwierdzająca wystąpienie ograniczenia samodzielności dziecka
- ☐ orzeczenie o niezdolności do pracy (kopia)
- ☐ orzeczenie wydane przez Powiatowe/Miejskie lub Wojewódzkie Zespoły ds. Orzekania o niepełnosprawności (kopia)
- ☐ w przypadku gdy z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony – pełnomocnictwo do reprezentowania tej osoby
- ☐ kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość opiekuna (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 Ubezpiezonego

Data śmierci Ubezpiezonego

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Prosimy o podanie przyczyny śmierci:

Prosimy o podanie okoliczności śmierci:

Dodatkowe informacje

- g) członkowie 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) dyrektorzy, zastępcy dyrektorów oraz członkowie organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach;
- i) dyrektorzy generalni w urzędach naczelnych i centralnych organach państwowych oraz dyrektorzy generalni 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 to:

- a) małżonek, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i dziecko jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodzic osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

3. Osoby znane jako bliscy współpracownicy

Osoby znane jako bliscy współpracownicy osób zajmujących eksponowane stanowiska polityczne 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.

Klauzula informacyjna dotycząca danych osobowych

Poniżej przedstawiamy ważne informacje dotyczące danych osobowych osób uprawnionych do świadczenia.

1. Kim jesteśmy?

Informujemy, że Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-670) przy ul. Puławskiej 182 („Prudential”, „my”) jest administratorem Pana/Pani danych osobowych, takich jak dane adresowe, dane identyfikacyjne, informacje o relacji pomiędzy osobą występującą z wnioskiem a osobą uprawnioną, dane dotyczące rachunku bankowego i dane z dokumentów.

2. W jakim celu, na jakiej podstawie i jak długo będziemy przetwarzać Pana/Pani dane osobowe?

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez nas w następujących celach:

- 1) wypłaty świadczenia – na podstawie uzasadnionego interesu Prudential;
- 2) reasekuracji ryzyka – w tym celu udostępniemy Pana/Pani dane naszemu reasekuratorowi na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Prudential;
- 3) statystycznych i/lub analitycznych – na potrzeby rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz na podstawie uzasadnionego interesu Prudential;
- 4) zapobiegania i wykrywania przestępczości na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- 5) realizacji przepisów o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami, w tym przepisów FATCA (dotyczy produktów oszczędnościowych), oraz obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu brudnych pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, a także przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami;
- 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. wniośł/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. wniośł/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	
D D M M R R R R	
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 rozpatrywanym 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.

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Data

Miejscowość

Imię i nazwisko Konsultanta współpracującego lub Pracownika oddziału

Numer

Oddział

Podpis