

# Wniosek o wypłatę świadczenia

## Dane Zgłaszającego/Kredytobiorcy/Uprawnionego

Imię (imiona) \_\_\_\_\_  
 Nazwisko \_\_\_\_\_  
 PESEL \_\_\_\_\_

## Adres korespondencyjny

Ulica \_\_\_\_\_  
 Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_  
 Kod pocztowy \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_  
 Nr telefonu \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Wyrażam dobrowolną zgodę na przesłanie mi dokumentów i informacji związanych z obsługą zgłoszonej szkody lub roszczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym telefonu i poczty elektronicznej. (TUnZ/ZD/NT/Z/008/2.0)

**Rodzaj zdarzenia**

Zgon  
 Inwalidztwo  
 Poważne zachorowanie  
 Czasowa niezdolność do pracy  
 Zdarzenie związane z wypadkiem

Numer Umowy kredytowej \_\_\_\_\_ Data zawarcia \_\_\_\_\_

**Data zdarzenia** \_\_\_\_\_

## Opis zdarzenia

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Oświadczam, że w chwili wypadku:**

byłem trzeźwy  byłem pod wpływem alkoholu  
 nie byłem pod wpływem środków odurzających  byłem pod wpływem środków odurzających

Jestem świadom odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń

## Oświadczenie dot. statusu osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne\*

Czy uprawniony jest osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne?  tak  nie

## Oświadczenia dot. rezydencji podatkowej

Czy klient jest podatnikiem USA?  tak  nie  
 Czy klient jest podatnikiem polskim?  tak  nie  
 Posiadam inną rezydencję podatkową (poza Polska i USA)  tak  nie

W przypadku posiadania rezydencji podatkowej innej niż Polska, prosimy o uzupełnienie poniższej tabeli.

Kraj rezydencji podatkowej (dwuliterowy kod kraju) (należy wypełnić w przypadku posiadania innej rezydencji niż Polska)	Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN)	Kraj rezydencji nie nadaje TIN	Nie jestem w stanie uzyskać numeru NIP/TIN lub jego funkcjonalnego ekwiwalentu z innych przyczyn (proszę podać powód)
____	_____	<input type="checkbox"/>	
____	_____	<input type="checkbox"/>	
____	_____	<input type="checkbox"/>	

Na podstawie ustawy z dnia 25 września 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 oraz ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami każdy klient TU Allianz Życie Polska S.A. zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w zakresie statusu podatnika Stanów Zjednoczonych Ameryki.

W przypadku osób fizycznych, które wskażą, iż są podatnikiem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub wskażą rezydencję podatkową inną niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dla osoby fizycznej. W przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, które wskażą iż są podatnikiem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub podatnikami innych państw niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oraz Common Reporting Standard (CRS). Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code) wedle którego podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:

- 1) posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa)
- 2) uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta)
- 3) dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA
- 4) przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że:
  - 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu
  - 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu
  - 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu

Zobowiązują się poinformować raportującą TU Allianz Życie Polska S.A. o jakiegokolwiek zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową lub powoduje, że informacje zawarte w złożonym oświadczeniu stają się niepoprawne, w terminie 14 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności oraz złożyć raportującą instytucji finansowej odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od tego dnia.

\* Na podstawie ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu każdy klient TU Allianz Życie Polska S.A. zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w zakresie statusu osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne.

Osoby zajmujące ekspozowane stanowisko polityczne (PEP) – rozumie się przez to osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- 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, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych 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 osób pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej;
- oraz
- członkowie rodzin osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne:
- 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;
- jak również
- osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne:
- a) osoby fizyczne będące beneficjentami i 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

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych, dokumentów wynikających 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. (TUnZ/KI/NT/Z/001/2.0)

Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane na potrzeby profilowania, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu. W razie przetwarzania danych osobowych w celu profilowania w oparciu o wyrażoną przez Panią/Pana zgodę, Administrator będzie przechowywał Pani/Pana dane do momentu wycofania zgody. (TUnZ/KI/NT/Z/042/1.0)

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można skontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUnZ/KI/NT/Z/020/1.0)

**Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:**

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUnZ/KI/NT/Z/006/2.0)
- obsługi zgłoszonej szkody, roszczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania danych do wykonania umowy ubezpieczenia (TUnZ/KI/NT/Z/010/2.0)
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUnZ/KI/NT/Z/011/2.0)
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUnZ/KI/NT/Z/022/1.0)
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUnZ/KI/NT/Z/023/1.0)
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUnZ/KI/NT/Z/024/1.0)
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUnZ/KI/NT/Z/025/1.0)
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. (TUnZ/KI/NT/Z/018/2.0)

Podstawą prawną przetwarzania podanych przez Panią/Pana danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia, we wskazanych celach ich przetwarzania, jest wyrażona przez Panią/Pana wyraźna zgoda. (TUnZ/KI/NT/Z/029/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji Allianz SE Königinstrasse 28, 80802 Monachium, Niemcy oraz Partner Reinsurance Europe SE, Zurich branch, Bellerivestrasse 36, 8034, Zurych, Szwajcaria. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuje daną umowę ubezpieczenia. (TUnZ/KI/NT/Z/030/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrum telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUnZ/KI/NT/Z/040/1.0)

**Przysługuje Pani/Panu prawo do:**

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUnZ/KI/NT/Z/035/1.0)
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby profilowania (TUnZ/KI/NT/Z/043/1.0)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUnZ/KI/NT/Z/017/2.0)
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (TUnZ/KI/NT/Z/036/1.0)
- przeniesienia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych (TUnZ/KI/NT/Z/037/1.0)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUnZ/KI/NT/Z/038/1.0)

#### Dane wrażliwe

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) i nalogów (o ile dotyczy) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. TUnZ/ZD/NT/Z/010/1.0

**Upoważnienie Ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka**

Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pełnej informacji o moim stanie zdrowia lub mojego Ubezpieczonego dziecka, w tym również po mojej lub jego śmierci (w tym do udostępniania dokumentacji medycznej), a TU Allianz Życie S.A. Allianz Polska S.A. do zasięgania, na podstawie art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej informacji medycznych (w tym pozyskiwania dokumentacji medycznej) dotyczących fizycznego i psychicznego stanu zdrowia mojego lub mojego Ubezpieczonego dziecka u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am, bądź będę zasięgał/a porad lub przez którego byłem/am lub będę badany/a lub leczony/a lub też przez którego było bądź będzie badane/lezione moje Ubezpieczone dziecko (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych tj. przychodni, szpitali itp.) – w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez TU Allianz Życie Polska 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 TU Allianz Życie Polska S.A. oraz wysokości świadczenia.

Czytelny podpis osoby, której dotyczy zdarzenie  
(pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego jeśli szkoda dotyczy niepełnoletniego dziecka)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis Zgłaszającego/Kredytobiorcy/Uprawnionego

Bank Millennium S.A. jako beneficjent wyżej wskazanej Umowy Ubezpieczenia na Życie Ubezpieczonego, niniejszym udziela pełnomocnictwa wyżej wskazanej osobie zgłaszającej zgon Ubezpieczonego do zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego do TU Allianz Życie Polska S.A., w imieniu Banku, uzyskiwania informacji dotyczących umowy ubezpieczenia i udzielania Towarzystwu informacji i przekazania dokumentów dotyczących okoliczności zdarzenia niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa. Pełnomocnictwo nie uprawnia do składania dyspozycji płatniczych ani odbioru świadczenia ubezpieczeniowego.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis uprawnionego pracownika Banku, stempel placówki

Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć i przekazać do TU Allianz Życie Polska S.A. następujące dokumenty:

**a) niezależnie od rodzaju zdarzenia:**

- 1) harmonogram spłaty rat kredytu.
- 2) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego/Uprawnionego (bez wizerunku)
- 3) w przypadku zdarzeń będących następstwem wypadku – opis okoliczności wypadku /notatka policyjna/, z podaniem adresu organu prowadzącego sprawę (Policji lub prokuratury) oraz sygnatury sprawy.

**b) Zgon:**

- 1) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
- 2) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu);
- 3) oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia z tytułu zgonu, całkowitego trwałego inwalidztwa oraz czasowej niezdolności do pracy albo poważnego zachorowania;

**c) Trwale i całkowite inwalidztwo:**

- 1) orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w zakresie całkowitego trwałego inwalidztwa;
- 2) Oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia z tytułu zgonu, całkowitego inwalidztwa;
- 3) oświadczenie wstępne kwalifikujące daną osobę do badań medycznych, jeśli było wymagane;
- 4) Kopie dokumentu/ów określającego /ych aktualną sumę ubezpieczenia i udział procentowy;
- 5) dokumenty wymagane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia, w tym w szczególności:
  - dokumentacja medyczna dotycząca schorzenia będącego przyczyną całkowitego trwałego inwalidztwa /np. kopia wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Kredytobiorcy na komisję ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania/. W przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci kopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych itp., konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie;
  - dane osobowe i adresowe lekarza podstawowej opieki lekarskiej/ placówki medycznej pod opieką której pozostawał Kredytobiorca;

**d) Poważne zachorowanie:**

- 1) wszelka dokumentacja medyczna dotycząca schorzenia (rozpoznanie, wyniki badań, historia choroby, itp.);
- 2) oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia z tytułu zgonu, całkowitego trwałego inwalidztwa oraz czasowej niezdolności do pracy albo poważnego zachorowania;

**e) Czasowa niezdolność do pracy:**

- 1) orzeczenie lekarza o czasowej niezdolności do pracy (druki ZUS ZLA);
- 2) oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia z tytułu zgonu, całkowitego trwałego inwalidztwa oraz czasowej niezdolności do pracy albo poważnego zachorowania;
- 3) dokument poświadczający aktualny stan prawny Ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą lub jego stan zatrudnienia (umowa cywilno prawna)