



Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Dział Likwidacji Szkód Majątkowych i Osobowych
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa
telefon: 801 888 188, 22 557 44 71; fax: +48 22 557 44 46
e-mail: roszczenia.osobowe@santander.aviva.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

I. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko: _____					
Imię/Imiona: _____				Pesel: _____	
Adres zamieszkania:					
Miejscowość:	Kod pocztowy: _ _ _ _ _	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Nr telefonu:
					Adres e-mail:

II. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Rodzaj zdarzenia:
<input type="checkbox"/> A – UTRATA ZDOLNOŚCI DO PRACY LUB NIEZDOLNOŚĆ DO ZAROBKOWANIA
<input type="checkbox"/> B – POBYT W SZPITALU LUB POBYT W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
<input type="checkbox"/> C – POBYT W SZPITALU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
<input type="checkbox"/> D – POWAŻNE ZACHOROWANIE

III. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE DO KREDYTU – SPOKOJNY KREDYT
<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE „OCHRONA PŁATNOŚCI”
<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE DO KREDYTU HIPOTEKA + / BEZPIECZNA HIPOTEKA
<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE POSIADACZY KART KREDYTOWYCH SANTANDER BANK POLSKA S.A. (TWOJE BEZPIECZEŃSTWO)
<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE BEZPIECZNA KARTA - PAKIET SPOKÓJ
<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE „DLA BLISKICH”
<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE „NA OBCASACH”
<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE PLAN B
Numer wniosku/polisy/deklaracji/certyfikatu/karty kredytowej: _____ _____ _____

IV. DANE OSOBOWE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO (wypełnić jeśli dotyczy pkt C)

Nazwisko: _____	
Imię/Imiona: _____	Pesel: _____

V. DANE O ZDARZENIU

Wypełnia: Ubezpieczony, jeśli zdarzenie dotyczy pkt A, B, D; Małżonek Ubezpieczonego, jeśli zdarzenie dotyczy pkt C.

Przyczyny zdarzenia:		
<input type="checkbox"/> WYPADEK KOMUNIKACYJNY	<input type="checkbox"/> CHOROBA	<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY
Data nieszczęśliwego wypadku: _____	Data zdarzenia: _____	Miejsce zdarzenia: _____

Opis okoliczności zdarzenia (przebieg oraz przyczyna zdarzenia):

VI. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O ZDARZENIU

1. Czy zdarzenie miało miejsce w pracy?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2. Czy sporządzano protokół BHP, kartę wypadku itp.?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3. Czy było prowadzone postępowanie przez policję lub prokuraturę?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
4. Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu/środków odurzających?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
5. Prosimy o podanie nazw oraz adresów placówek medycznych podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego, przychodni rejonowej) oraz poradni specjalistycznych, placówek kierujących do szpitala oraz placówek docelowych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem: _____	
6. Czy utrata zdolności do pracy/pobyt w szpitalu/pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku/poważne zachorowanie jest następstwem:	
6.1. Choroby, o której wiedziała Pani/wiedział Pan w czasie poprzedzającym objęcie ochroną ubezpieczeniową, bądź którą leczyła Pani/leczył Pan w czasie przypadającym na ten okres?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
6.2. Ciąży, porodu, przerwania ciąży lub okoliczności z nimi powiązanych?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
6.3. Chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, dyskopatii, zespołów krzeniowych, zespołów bólowych kręgosłupa?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
7. Czy w chwili zdarzenia posiadała Pani/posiadał Pan ubezpieczenie chorobowe (tj. ubezpieczenie społeczne w razie choroby i macierzyństwa)?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
8. Czy w chwili zdarzenia była Pani/był Pan zatrudniona/y na podstawie Umowy o pracę?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
9. Czy dokonała Pani/dokonał Pan wcześniejszej spłaty całości zadłużenia z tytułu umowy kredytowej przed upływem okresu kredytowania?*	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
* dotyczy produktów: UBEZPIECZENIE KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW SANTANDER BANK POLSKA S.A., UBEZPIECZENIE SPOKOJNY KREDYT, UBEZPIECZENIE MAJĄTKOWE HIPOTEKA +, UBEZPIECZENIE BEZPIECZNA HIPOTEKA	

VII. POLECENIE WYPŁATY

Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe zostanie przyznane, proszę o przekazanie należnej kwoty:

Przelewem na konto, numer:

Dane posiadacza konta, jeżeli posiadacz wskazanego konta nie jest ubezpieczonym (imię, nazwisko/nazwa oraz adres):

Przekazem Pocztowym na adres:

Czytelny podpis ubezpieczonego z podaniem imienia i nazwiska:	Data i miejsce złożenia podpisu przez ubezpieczonego:

INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administrator danych	Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Inspektor danych osobowych	kontakt elektronicznie na adres e-mail: inspektordanych@santander.aviva.pl , kontakt pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych, Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa
Cele przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"> • wykonywanie umowy ubezpieczenia • badanie satysfakcji klientów • dochodzenie roszczeń • przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym • wykonywanie innych obowiązków przewidzianych przepisami prawa
Podstawy prawne przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"> • niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy • prawnie uzasadnione interesy Administratora danych • obowiązek prawny • zgoda
Odbiorcy danych	<ul style="list-style-type: none"> • podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora danych • reasekuratorzy • organy administracji publicznej • inne zakłady ubezpieczeń
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"> • prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania • prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego • prawo do przenoszenia danych osobowych • prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych • prawo do wycofania udzielonej zgody
Okres przechowywania danych	termin przedawnienia roszczeń lub inny termin wynikający z przepisów prawa
Szczegółowe informacje	polityka prywatności na stronie internetowej Administratora danych (https://www.santander.aviva.pl/polityka-prywatnosci.html)

1. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie przy zgłoszeniu roszczenia, w tym zawarte w niniejszym formularzu, są kompletne i prawdziwe.
2. Upoważniam Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w szczególności dotyczących: mojego stanu zdrowia, przyczyny śmierci, weryfikacji podanych danych, okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia. Jednocześnie wyrażam zgodę na uzyskiwanie od NFZ (lub podmiotu go zastępującego) danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. danych dotyczących mojego stanu zdrowia w celu przeprowadzenia procesu roszczeniowego.

W przypadku mojego roszczenia z tytułu Niezdolności do zarobkowania z ubezpieczenia posiadaczy kart kredytowych Santander Bank Polska S.A. (Twoje Bezpieczeństwo), upoważniam Santander Bank Polska S.A. do przekazania Santander Aviva Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. informacji objętych tajemnicą bankową niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu roszczeniowego z tytułu tego ubezpieczenia w tym w szczególności:

- imienia i nazwiska Ubezpieczonego,
- wysokości salda konta karty kredytowej na dzień zdarzenia,
- posiadania ochrony ubezpieczeniowej w chwili zdarzenia,
- daty początku okresu ubezpieczenia.

Upoważnienie powyższe obejmuje również przekazywanie tych danych w przeszłości, jeżeli nie zmieni się cel przetwarzania.

Czytelny podpis ubezpieczonego z podaniem imienia i nazwiska:	Data i miejsce złożenia podpisu przez ubezpieczonego:
---	---

Oświadczenia Małżonka Ubezpieczonego (jeżeli roszczenie dotyczy Pobytu w Szpitalu Małżonka Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku).

Oświadczam, iż:

- informacje podane przy zgłoszeniu roszczenia, w tym zawarte w niniejszym formularzu, są kompletne i prawdziwe;
- Upoważniam Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do zasięgnięcia w innych zakładach ubezpieczeń, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w szczególności dotyczących: mojego stanu zdrowia, przyczyny śmierci, weryfikacji podanych danych, okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia. Jednocześnie wyrażam zgodę na uzyskiwanie od NFZ (lub podmiotu go zastępującego) danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. danych dotyczących mojego stanu zdrowia w celu przeprowadzenia procesu roszczeniowego.

Czytelny podpis małżonka ubezpieczonego z podaniem imienia i nazwiska:	Data i miejsce złożenia podpisu przez małżonka ubezpieczonego:
--	--

Ubezpieczyciel informuje, że:

- przysługuje Pani/Panu prawo do zgłoszenia zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (Reklamacja). Reklamacje są rozpatrywane przez Zarząd Ubezpieczyciela lub osoby upoważnione przez Ubezpieczyciela.
- Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, agentów Ubezpieczyciela, w tym w Santander Bank Polska S.A., albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, na adres Ubezpieczyciela,
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela, agentów Ubezpieczyciela, w tym w Santander Bank Polska S.A,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres: obsługa.klienta@aviva.pl
- Reklamacje są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Ubezpieczyciel w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej Reklamację określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
- O sposobie rozpatrzenia Reklamacji zawiadamia się osobę, która ją zgłosiła, w terminie, o którym mowa powyżej, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną na wniosek zgłaszającego Reklamację.