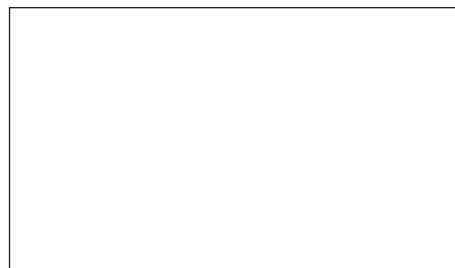




Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Dział Obsługi Świadczeń
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa
telefon: 801 888 188, 22 557 44 71; fax: +48 22 557 44 46
e-mail: obsluga.klienta@santander.aviva.pl



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

<input type="checkbox"/>	CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO
<input type="checkbox"/>	CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
<input type="checkbox"/>	POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU
<input type="checkbox"/>	POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
<input type="checkbox"/>	POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO
<input type="checkbox"/>	POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO
<input type="checkbox"/>	TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
<input type="checkbox"/>	ROZPOZNANIE NOWOTWORU
<input type="checkbox"/>	ZŁAMANIE/ OPARZENIE/ KALECTWO

III. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE DO KREDYTU BIZNES GWARANT
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE DO KREDYTU SPOKOJNY KREDYT
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE DO KREDYTU HIPOTEKA + / BEZPIECZNA HIPOTEKA
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „OPIEKUN RODZINY”
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BEZPIECZNY LIMIT
<input type="checkbox"/>	UBEZPIECZENIE ONKOPOLISA

Numer deklaracji/certyfikatu/polis/umowy kredytowej: _____ _____ _____		
---------------------------------------------------------------------------------	--	--

1. Czy w trakcie trwania umowy kredytowej zaszły jakiegokolwiek zmiany w zakresie okresu kredytowania? TAK NIE
Jakiego rodzaju były to zmiany?*

2. Czy kredyt został spłacony w całości przed zakończeniem Pierwotnego Okresu Kredytowania (okresu kredytowania określonego w Umowie kredytowej według treści z dnia jej zawarcia)?** TAK NIE

*dotyczy UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW SANTANDER BANK POLSKA S.A. oraz UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE SPOKOJNY KREDYT oraz UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „HIPOTEKA +”, UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BEZPIECZNA HIPOTEKA

**dotyczy UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW SANTANDER BANK POLSKA S.A. oraz UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE SPOKOJNY KREDYT

IV. DANE OSOBOWE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO (jeżeli roszczenie dotyczy Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego)

Nazwisko:

Imię/Imiona:

Pesel:

V. DANE O ZDARZENIU

Przyczyny zdarzenia:

- CHOROBA WYPADEK KOMUNIKACYJNY INNE PRZYCZYNY (proszę wskazać jakie)
 ROZPOZNANIE NOWOTWORU

Data zdarzenia: _____

Opis okoliczności i szczegółowy przebieg zdarzenia / rodzaj rozpoznanego nowotworu:

1. Czy w związku z wystąpieniem zdarzenia było lub jest prowadzone postępowanie przez prokuraturę lub policję? TAK NIE
Jeśli tak, prosimy podać adres prokuratury lub policji prowadzącej postępowanie bądź dołączenie kopii protokołu policyjnego lub z postępowania przygotowawczego: _____

2. Czy w związku z wystąpieniem zdarzenia sporządzony został protokół BHP? TAK NIE
Jeśli tak, prosimy o dołączenie kopii protokołu BHP.

VI. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O ZDARZENIU

A. CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO/CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Od kiedy i do kiedy została stwierdzona Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego/Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku? od _____ do _____

2. W jakim dokumencie została stwierdzona Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego/Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku?

3. Czy Ubezpieczony ma ustalone prawo do emerytury? TAK NIE
Jeśli tak, to od kiedy? _____

4. Dane o dotychczasowym leczeniu Ubezpieczonego (rodzaj placówki, imię/nazwisko oraz specjalizacja lekarza prowadzącego leczenie, powód leczenia):

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)

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

(także, jeżeli roszczenie dotyczy Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego):

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 na Życie 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. Niniejsze upoważnienie jest nieodwołalne i nie wygasa w chwili mojej śmierci.
3. Wyrażam zgodę, aby Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. przetwarzało moje dane osobowe wskazane w niniejszym formularzu w celu przeprowadzenia procesu roszczeniowego.
4. Wyrażam zgodę na wzajemne przekazanie pomiędzy Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. danych zawartych w niniejszym formularzu oraz jego treści, i na połączenie tych danych z moimi danymi osobowymi przetwarzanymi w celu przeprowadzenia postępowania roszczeniowego

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.

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

OŚWIADCZENIE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

(jeżeli roszczenie dotyczy Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego dla ubezpieczeń, do których przystąpiono przed 30 marca 2015 r.)

1. Oświadczam, iż:
 - informacje podane przy zgłoszeniu roszczenia, w tym zawarte w niniejszym formularzu, są kompletne i prawdziwe;
 - zostałam/em poinformowana/y, że administratorem danych osobowych podanych w niniejszym zgłoszeniu roszczenia jest Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;
 - zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do tych danych i ich poprawiania oraz że dane te będą wykorzystywane w celu wykonania ubezpieczenia na życie Opiekun Rodziny;

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