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;
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

- ☐ CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚC DO PRACY UBEZPICZONEGO
- ☐ CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
- ☐ POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU
- ☐ POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
- ☐ POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO
- ☐ POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO
- ☐ TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
- ☐ ROZPOZNANIE NOWOTWORU
- ☐ ZŁAMANIE/ OPARZENIE/ KALECTWO
- ☐ ZŁAMANIE/ OPARZENIE/ SKRĘCENIE U DZIECKA

## III. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

| | |
|---|---|
| ☐ BIZNES GWARANT | ☐ PROGRAM INWESTYCYJNY IN PLUS |
| ☐ SPOKOJNY KREDYT | ☐ POLISA INWESTYCYJNA |
| ☐ HIPOTEKA + | ☐ BEZPIECZNY LIMIT |
| ☐ OPIEKUN RODZINY | ☐ ONKOPOLISA |
| ☐ BEZPIECZNA HIPOTEKA | ☐ ŻYCIE I ZDROWIE |

Numer deklaracji/certyfikatu/polisy/umowy kredytowej:

1.Czy w trakcie trwania umowy kredytowej zaszły jakiekolwiek 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 BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A. oraz UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE SPOKOJNY KREDYT oraz UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „HIPOTEKA +", UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE BEZPIECZNA HIPOTEKA

**dotyczy UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW– KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK 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 ☐ ROZPOZNANIE NOWOTWORU

☐ INNE PRZYCZYNY (proszę wskazać jakie) _____

Data zdarzenia:

Opis okoliczności i szczegółowy przebieg zdarzenia/ rodzaj rozpoznanego nowotworu:

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 protokołów z postępowania przygotowawczego:

_____

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):

_____

_____

_____

B. POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

1. Kiedy Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala?

2. Do kiedy Ubezpieczony przebywał w Szpitalu (data wypisu ze Szpitala)?

3. Dokumenty potwierdzające Pobyt w Szpitalu:

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

C. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO / POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

1. Jaki rodzaj Poważnego zachorowania został stwierdzony?

2. Kiedy zostało stwierdzone Poważne zachorowanie (data pierwszego rozpoznania lub przeprowadzenia zabiegu operacyjnego)?

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

## VII. POLECENIE WYPŁATY

Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe zostanie przyznane, proszę o przekazanie należnej kwoty

☐ Przelewem na konto, numer: ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

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

INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

| | |
|---|---|
| Administrator danych | Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A |
| Inspektor danych osobowych | kontakt elektronicznie na adres e-mail: inspektordanych@santander.aviva.pl,<br>kontakt pisemnie na adres: **Inspektor Ochrony Danych, Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Inflancka 4b, 00-189, Warszawa** |
| Cele przetwarzania | • wykonywanie umowy ubezpieczenia<br>• badanie satysfakcji klientów<br>• dochodzenie roszczeń<br>• przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym i finansowanie terroryzmu<br>• wykonywanie innych obowiązków przewidzianych przepisami prawa |
| Podstawy prawne przetwarzania | • niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy<br>• prawnie uzasadnione interesy Administratora danych<br>• obowiązek prawny<br>• zgoda |
| Odbiorcy danych | • podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora danych<br>• reasekuratorzy<br>• organy administracji publicznej<br>• inne zakłady ubezpieczeń |

| | |
|---|---|
| Prawa związane z przetwarzaniem danych | • prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania<br>• prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego<br>• prawo do przenoszenia danych osobowych<br>• prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych<br>• prawo do wycofania udzielonej zgody |
| Okres przechowywanie 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: obsluga.klienta@santander.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 |