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 Z TYTUŁU ŚMIERCI

I. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

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

II. DANE OSOBOWE ZGŁASZAJĄCEGO (UPRAWNIONEGO)

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

III. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

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

Numer deklaracji/certyfikatu/polisy/umowy kredytowej:

IV. DANE O ZDARZENIU

Przyczyny zdarzenia:

☐ CHOROBA ☐ WYPADEK KOMUNIKACYJNY ☐ SAMOBÓJSTWO

☐ INNE PRZYCZYNY (proszę wskazać jakie) _____

Data zajścia nieszczęśliwego wypadku/ wypadku komunikacyjnego: (jeżeli zgłoszenie dotyczy śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego):	Data zgonu:

Opis okoliczności zdarzenia:

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.

V. DANE O DOTYCHCZASOWYM LECZENIU UBEZPIECZONEGO

rodzaj placówki, imię/nazwisko oraz specjalizacja lekarza prowadzącego leczenie, powód leczenia:

_____

_____

_____

VI. DANE PLACÓWKI MEDYCZNEJ, KTÓREJ LEKARZ STWIERDZIŁ ZGON UBEZPIECZONEGO

rodzaj placówki, adres, imię/nazwisko oraz specjalizacja lekarza stwierdzającego zgon:

_____

_____

_____

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):

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie (uprawnionego) z podaniem imienia i nazwiska:	Data i miejsce złożenia podpisu przez osobę zgłaszającą roszczenie (uprawnionego):

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, 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 • badanie satysfakcji klientów • dochodzenie roszczeń • przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym i finansowanie terroryzmu • wykonywanie innych obowiązków przewidzianych przepisami prawa
Podstawy prawne przetwarzania	• niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy • prawnie uzasadnione interesy Administratora danych • obowiązek prawny • zgoda
Odbiorcy danych	• podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora danych • reasekuratorzy • organy administracji publicznej • inne zakłady ubezpieczeń
Prawa związane z przetwarzaniem danych	• 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 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))**

1. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie przy zgłoszeniu roszczenia, w tym zawarte w niniejszym formularzu, są kompletne i prawdziwe.
2. Wyrażam zgodę na przekazanie przez Ubezpieczyciela do Santander Bank Polska S.A. moich danych zawartych w niniejszym formularzu w pkt II, w celu i w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do świadczenia z ubezpieczenia wskazanego powyżej oraz wysokości tego świadczenia.

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 osoby zgłaszającej roszczenie (uprawnionego) z podaniem imienia i nazwiska:	Data i miejsce złożenia podpisu przez osobę zgłaszającą roszczenie (uprawnionego):