

Formularz zgłoszenia roszczenia

1. Dane Ubezpieczonego (Prosimy podać numery wszystkich Umów Ubezpieczenia/Umów Kredytowych, jeśli więcej niż jedna)

Numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia lub Numer Umowy Kredytowej	1		Data zawarcia (DD/MM/RRRR)	
	2			
	3			
	4			
Imię i nazwisko				
Numer PESEL				

2. Dane osoby zgłaszającej roszczenie

Zgłaszający roszczenie (proszę zaznaczyć)	Ubezpieczony	
	Rodzina (stopień pokrewieństwa)	
	Inny	
Imię i nazwisko		
Adres do korespondencji		
Numer telefonu		
Adres e-mail		

3. Zdarzenie ubezpieczeniowe (Prosimy zaznaczyć rodzaj zdarzenia, którego dotyczy niniejsze zgłoszenie)

Śmierć		Trwała i całkowita niezdolność do pracy	
Czasowa niezdolność do pracy		Utrata pracy	
Hospitalizacja		Operacja lub zabieg chirurgiczny	
Poważne zachorowanie			

4. Informacje o zdarzeniu

Data zdarzenia (DD/MM/RRRR)			
Przyczyna i/lub okoliczności zdarzenia (przebieg zdarzenia, opis odniesionych obrażeń, data rozpoznania choroby, data wystąpienia pierwszych objawów itp.)			
Okres, którego dotyczy zgłoszenie roszczenia: (od DD/MM/RRRR do DD/MM/RRRR)	Czasowa niezdolność do pracy (okres zwolnienia lekarskiego)		
	Hospitalizacja (okres pobytu w szpitalu)		
	Utrata pracy (okres posiadania statusu bezrobotnego)		

Czy w związku ze zdarzeniem na miejscu była obecna policja lub czy policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub prowadzą postępowanie? (Jeśli tak, prosimy o przesłanie kopii dokumentacji w sprawie, a w przypadku jej braku wskazanie pełnego adresu jednostek prowadzących postępowanie oraz sygnatury akt sprawy)

Tak

Nie

Korespondencje prosimy kierować na adres:

CNP Santander Insurance Life DAC lub CNP Santander Insurance Europe DAC, 6-te piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa

Formularz zgłoszenia roszczenia

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie <i>(Nazwa, adres, telefon):</i> - Pierwsza pomoc medyczna - Dane lekarza rodzinnego - Inne	
Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych?	
Czy w związku ze zdarzeniem pracodawca sporządził protokół powypadkowy? <i>(Jeśli tak, prosimy o załączenie kopii)</i>	
5. Numer rachunku bankowego Ubezpieczonego lub Uprawnionego/Uposażonego	
Imię i nazwisko właściciela rachunku	
Numer rachunku	

Oświadczenia

Przyjmuję do wiadomości, że CNP Santander Insurance Life DAC oraz CNP Santander Insurance Europe DAC przetwarzając będą moje dane osobowe na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści.

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi drogą elektroniczną na podany przeze mnie numer telefonu i adres e-mail informacji związanych z wykonaniem zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczących zgłoszonych roszczeń. Tak Nie

Jestem świadomy/a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 k.k. oświadczam, że przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam, a informacje i odpowiedzi na pytania zawarte na 1 i 2 stronie formularza są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, iż administratorami moich danych osobowych są CNP Santander Insurance Life DAC oraz CNP Santander Insurance Europe DAC, które przetwarzają moje dane w celu wykonania obowiązków wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia. Dodatkowo CNP Santander Insurance Life DAC oraz CNP Santander Insurance Europe DAC przetwarzając będą moje dane na podstawie Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, w celu wykonania obowiązków nałożonych tą ustawą.

Jestem świadomy/ma dobrowolności udostępnienia moich danych osobowych, poinformowano mnie o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, żądania zaprzestania przetwarzania danych oraz do wniesienia sprzeciwu na warunkach określonych w Ustawie o ochronie danych osobowych.

Zgodnie z przepisem art. 27 ust. 2 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o stanie mojego zdrowia przez CNP Santander Insurance Life DAC oraz CNP Santander Insurance Europe DAC w zakresie wskazanym w Umowie Ubezpieczenia w celu podjęcia działań mających na celu zawarcie Umowy Ubezpieczenia i jej wykonanie.

 Miejscowość

 Data

 Podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Korespondencje prosimy kierować na adres:

CNP Santander Insurance Life DAC lub CNP Santander Insurance Europe DAC, 6-te piętro, ul. Domaniewska 34a, 02-672 Warszawa