

## 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 <i>(proszę zaznaczyć)</i>	Ubezpieczony	
	Rodzina <i>(stopień pokrewieństwa)</i>	
	Inny	
Imię i nazwisko		
Adres do korespondencji		
Numer telefonu		
Adres e-mail		

### 3. Zdarzenie ubezpieczeniowe *(Prosimy zaznaczyć rodzaj zdarzenia, którego dotyczy niniejszy wniosek)*

Śmierć	<input type="checkbox"/>	Trwała i całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/>	Czasowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/>
Hospitalizacja	<input type="checkbox"/>	Operacja lub zabieg chirurgiczny	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### 4. Informacje o zdarzeniu

Data zdarzenia <i>(DD/MM/RRRR)</i>	
Przyczyna i/lub okoliczności zdarzenia <i>(przebieg zdarzenia, opis odniesionych obrażeń, data rozpoznania choroby, data wystąpienia pierwszych objawów itp.)</i>	
Okres zwolnienia lekarskiego <i>(od DD/MM/RRRR do DD/MM/RRRR)</i>	
Okres hospitalizacji <i>(od DD/MM/RRRR do DD/MM/RRRR)</i>	
Czy w związku ze zdarzeniem na miejscu była obecna policja lub czy policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub prowadzą postępowanie? <i>Jeśli tak, prosimy o przesłanie kopii dokumentacji w sprawie, a w przypadku jej braku wskazanie pełnego adresu jednostek prowadzących postępowanie oraz sygnatury akt sprawy.</i>	

## Formularz zgłoszenia roszczenia

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

### Oświadczenia

Przyjmuję do wiadomości, że CNP Santander Insurance Life DAC przetwarzając będzie 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 administratorem moich danych osobowych jest Towarzystwo, które przetwarza moje dane w celu wykonania obowiązków wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia. Dodatkowo Towarzystwo przetwarzając będzie 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 Towarzystwo 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