

Formularz zgłoszenia roszczenia

1. Dane Ubezpieczonego <i>(Prosimy podać numery wszystkich Umów Ubezpieczenia, jeśli więcej niż jedna)</i>			
Numer Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia	1		Data zawarcia <i>(DD/MM/RRRR)</i>
	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 <i>(Prosimy zaznaczyć rodzaj zdarzenia, którego dotyczy niniejszy wniosek)</i>			
Śmierć		Utrata pracy	Hospitalizacja
4. Informacje o zdarzeniu <i>(Prosimy wypełnić sekcję A oraz B lub C w zależności od rodzaju zdarzenia ubezpieczeniowego)</i>			
A. Wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe			
Data zdarzenia <i>(DD/MM/RRRR)</i>			
B. Śmierć i Hospitalizacja			
Przyczyna i/lub okoliczności zdarzenia <i>(przebieg zdarzenia, opis odniesionych obrażeń, data rozpoznania choroby, data wystąpienia pierwszych objawów itp.)</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

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>	
C. Utrata pracy	
Data utraty pracy <i>(od DD/MM/RRRR do DD/MM/RRRR)</i>	
Okres posiadania statusu bezrobotnego <i>(od DD/MM/RRRR do DD/MM/RRRR)</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, którzy 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