

## Formularz zgłoszenia roszczenia (1/2)

Roszczenie możesz również zgłosić online. Wejdź na <https://www.cnp Santander.pl/zglos-roszczenie>

### Dane osoby ubezpieczonej (posiadacza polisy)

Imię i nazwisko:

PESEL:

### Dane osoby, która zgłasza roszczenie

Zaznacz, czy jesteś osobą ubezpieczoną , rodziną  (podaj st. pokrewieństwa \_\_\_\_\_) lub osobą niespokrewnioną 

Imię i nazwisko:

PESEL:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Adres do korespondencji:

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

Data zdarzenia: DD/MM/RRRR

Czy zdarzenie nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

TAK  NIE 

Data rozpoznania choroby (wypełnij, jeśli choroba jest przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego):

DD/MM/RRRR

Potwierdzony okres trwania hospitalizacji, czasowej niezdolności do pracy lub utraty pracy:

od

do

Opis zdarzenia:

#### Wybierz ryzyko ubezpieczeniowe, którego dotyczy twoje zgłoszenie:

- Śmierć / śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku  Trwała i całkowita niezdolność do pracy  Hospitalizacja  
 Czasowa niezdolność do pracy  Utrata pracy  Operacja lub zabieg chirurgiczny  
 Złamanie lub oparzenie

#### Poważne zachorowanie (zaznacz, którego schorzenia dotyczy zdarzenie):

- Nowotwór (guz) złośliwy  Niewydolność nerek  Zawał serca  Przeszczep narządów  Udar mózgu

#### Zmiana sytuacji życiowej (zaznacz, czego dotyczy):

- Śmierć osoby bliskiej na skutek nieszczęśliwego wypadku  
 Poważne zachorowanie osoby bliskiej ([Wymagamy zgody osoby bliskiej. Patrz sekcja zgody i oświadczenia](#))

#### Dane osoby bliskiej, której dotyczy roszczenie:

Imię i nazwisko:

PESEL:

#### Onko Pomoc:

- Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym  Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym

#### Dodatkowe informacje:

Czy policja, prokuratura lub sąd prowadziły postępowanie w sprawie zdarzenia?

TAK  NIE 

Jeśli TAK, w polu poniżej podaj numery spraw lub dane jednostek policji, prokuratury lub sądów, które prowadziły postępowanie. Możesz również przesłać kopię posiadanej dokumentacji.

Czy pracodawca sporządził protokół powypadkowy? Jeśli tak, prześlij do nas kopię dokumentacji.

TAK  NIE 

Czy posiadasz dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie?

TAK  NIE 

Jeśli TAK, w polu poniżej podaj dane placówek medycznych.

### Twój numer konta Jeśli nie podasz numeru konta, środki wypłacimy przekazem pocztowym na adres podany we wniosku.

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

Numer rachunku (IBAN):

## Formularz zgłoszenia roszczenia (2/2)

### Zgody i oświadczenia

#### Oświadczenie

Przyjmuję do wiadomości, że administratorami moich danych osobowych są CNP Santander Insurance Life DAC oraz/lub CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w Dublinie, Irlandia, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu podjęcia działań związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia (w tym obsługi roszczeń), na podstawie art. 6 ust. 1 b i f Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej: RODO); odbiorcami danych będą WTW Services Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 34a i/lub AWP P&C S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, AWP Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Legnicka 48 B oraz QIL Technologies Ltd., jednostka należąca do Qualtrics LLC z siedzibą w Irlandii, Clarendon Row 1, Dublin 2. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych zawarte są w dokumencie załączonym na ostatniej stronie formularza.

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.

#### Zgoda na komunikację drogą elektroniczną (e-mail, telefon)

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi drogą elektroniczną na podany przeze mnie adres e-mail oraz na numer telefonu informacji związanych ze zgłoszonymi roszczeniami. TAK  NIE

#### Zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia osoby ubezpieczonej

Zgodnie z art. 9 ust. 2 a RODO (dotyczącym przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o stanie mojego zdrowia przez CNP Santander Insurance Life DAC oraz/lub CNP Santander Insurance Europe DAC w zakresie wskazanym w Umowie Ubezpieczenia w celu podjęcia działań mających na celu wykonanie Umowy Ubezpieczenia w tym obsługi roszczeń. **Zgoda dotyczy tylko osoby ubezpieczonej. W przypadku braku zgody Ubezpieczyciel nie będzie w stanie rozpatrzyć roszczenia.** TAK  NIE

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 

Miejscowość Data Podpis osoby zgłaszającej roszczenie

#### Zgoda osoby bliskiej dotycząca roszczenia z tytułu zmiany sytuacji życiowej spowodowanej poważnym zachorowaniem.

Zgodnie z art. 9 ust. 2 a RODO (dotyczącym przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o stanie mojego zdrowia przez CNP Santander Insurance Europe DAC w celu obsługi roszczeń. **W przypadku braku zgody Ubezpieczyciel nie będzie w stanie rozpatrzyć roszczenia.** TAK  NIE

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 

Miejscowość Data Podpis osoby bliskiej

### Lista podstawowych dokumentów wymaganych przy zgłoszeniu roszczenia

#### Śmierć/Śmierć NW/Śmierć osoby bliskiej na skutek nieszczęśliwego wypadku

**1.** Kopia odpisu skróconego aktu zgonu. **2.** Kopia statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę zgonu. **3.** Kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę. **4.** Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej datę rozpoznania choroby będącej przyczyną zdarzenia. **5.** Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

#### Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy

**1.** Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zdarzenia. **2.** Kopia orzeczenia o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (lub terminowej na okres min. 1 roku). **3.** Dokument potwierdzający status aktywności zawodowej na dzień zdarzenia.

#### Poważne zachorowanie/Poważne zachorowanie osoby bliskiej

**1.** Kopia dok. medycznej potwierdzającej datę rozpoznania choroby, jej przebieg oraz obecny stan zdrowia.

#### Hospitalizacja

**1.** Kopia karty informacyjnej z pobytu w szpitalu. **2.** Uzupełnione oświadczenie dot. aktywności zawodowej (dostępne w oddziałach Banku).

#### Czasowa niezdolność do pracy

**1.** Kopia dokumentu potwierdzającego okres niezdolności do pracy (np. L4). **2.** Kopia dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zdarzenia. **3.** Dokument potwierdzający zatrudnienie lub prowadzenie własnej działalności w dniu rozpoczęcia niezdolności do pracy.

#### Utrata pracy

**1.** Kopia świadectwa pracy. **2.** Kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy dot. posiadania statusu osoby bezrobotnej z przyznanym prawem do zasiłku dla bezrobotnych - dotyczy każdego okresu 30 dniowego.

#### Operacja lub zabieg chirurgiczny

**1.** Kopia karty informacyjnej z pobytu w szpitalu.

#### Złamanie i/lub oparzenie

**1.** Kopia dok. potwierdzającego uprawnienia do kierowania pojazdem, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony kierował pojazdem. **2.** Kopia dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zdarzenia. **3.** Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę (jeśli zdarzenie to wypadek przy pracy).

#### Nowotwór złośliwy (Onko Pomoc)

**1.** Kopia wyniku badania histopatologicznego. **2.** Kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzająca przyczynę Zdarzenia ubezpieczeniowego, w zakresie, w jakim jest on (lub zgłaszający roszczenie) w jej posiadaniu, w tym: karta wypisowa ze szpitala w przypadku Hospitalizacji, informacje o stanie zdrowia, diagnostyce lekarskiej, zastosowanym leczeniu, w tym operacjach wraz z wynikami badań. **3.** Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia

## INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

### 1. Administratorzy Twoich danych osobowych.

Jeżeli jesteś ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym, beneficjentem lub w jakikolwiek inny sposób związany z naszą umową ubezpieczenia na życie to administratorem Twoich danych osobowych jest CNP Santander Insurance Life DAC. Jeżeli jesteś ubezpieczającym, ubezpieczonym, beneficjentem lub w jakikolwiek inny sposób związany z naszą majątkową umową ubezpieczenia to administratorem Twoich danych osobowych jest CNP Santander Insurance Europe DAC. Jeżeli produkt, którego jesteś stroną jest połączeniem produktu na życie i produktu majątkowego obie firmy CNP Santander Insurance Life DAC oraz CNP Santander Insurance Europe DAC są łącznie współadministratorami Twoich danych i obie są odpowiedzialne za ich przetwarzanie. Dotyczy to też sytuacji, kiedy skontaktowaliśmy się z Tobą po raz pierwszy w celach marketingowych. Obie firmy mają swoją siedzibę pod adresem: - 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlandia.

### 2. Dane kontaktowe administratorów.

Abyskontaktować się z administratorami należy wysłać e-maila na adres: [dataprotectionofficer@cnp santander.com](mailto:dataprotectionofficer@cnp santander.com) lub pisemnie do Inspektora Ochrony Danych Osobowych pisząc na adres wskazany powyżej.

### 3. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych w kraju i Unii Europejskiej Twoje dane mogą być przetwarzane w oparciu o poniższe przesłanki prawne:

- Wyraziłeś zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych (bezpośrednio nam – lub stronie, która przekazała nam Twoje dane osobowe).
- Chcesz zawrzeć lub wykonać umowy ubezpieczenia.
- Przetwarzanie jest niezbędne w celu wywiązania się z nałożonych na nas obowiązków prawnych.
- Przetwarzanie jest niezbędne w celu ochrony żywotnych interesów Twoich lub innych osób.
- Przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym.
- Przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z naszych prawnie uzasadnionych interesów (z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą).

### 4. Cele przetwarzania danych osobowych.

Możemy (w zależności od Twojej umowy ubezpieczenia) przetwarzać Twoje dane osobowe w celach: (W każdym przypadku podstawa prawna z listy w punkcie 3 powyżej jest zapisana w nawiasach):

- Marketingu bezpośredniego naszych produktów i usług w tym w celach analitycznych i profilowania. **(a)**.
- Oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy. **(f)** - (naszym uzasadnionym interesem jest ocena ryzyka przed zawarciem umowy ubezpieczenia).
- Zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia na życie i/lub ubezpieczenia interesu majątkowego. **(b)**.
- Rozpatrywania roszczeń z tytułu ubezpieczenia na życie i/lub ubezpieczenia interesu majątkowego **(b)**. (w przypadku, gdy szczególne kategorie danych, takie jak dane dotyczące zdrowia, są niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, są one przetwarzane na podstawie zgody **(a)** – zgoda jest udzielana wyłącznie w celu przetworzenia danego roszczenia).
- Dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Tobą umową ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia majątkowego. **(b)**.
- Wypełnienia naszych obowiązków wynikających z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. **(c)**.
- Wypełnienia naszych obowiązków wynikających z przepisów podatkowych. **(c)**.
- Zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym popełnianych na naszą szkodę **(f)** oraz ściganie takich przestępstw. **(e)**.
- Reasekuracji ryzyk **(f)**. – (naszym uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową).
- Przeprowadzenia badań jakości usług i satysfakcji klienta. **(f)**. - (naszym uzasadnionym interesem jest możliwość określenia poziomu zadowolenia klientów z naszych produktów i świadczonych usług).

### 5. Przechowywanie Twoich danych osobowych.

Twoje dane osobowe będą przez nas przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie i/lub ubezpieczenia interesu majątkowego lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

### 6. Udostępnianie Twoich danych osobowych - w celach określonych w punkcie 4 powyżej.

Twoje dane osobowe mogą być udostępnione spółkom z grupy CNPSI na przykład spółce CNP Santander Services Ireland Limited (CNPSISIL), spółkom-matkom, zakładom reasekuracji, firmom świadczącym usługi administracyjne, agencjom badawczym, dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, agentom ubezpieczeniowym, organom ścigania, osobom lub podmiotom, w przypadku, gdy wyraziłeś zgodę na udostępnianie im przez nas Twoich danych.

## 7. Twoje prawa w odniesieniu do Twoich danych osobowych.

(w każdym przypadku podstawa prawna z listy w punkcie 3 powyżej jest zapisana w nawiasach).

- Masz prawo dostępu do swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- Jeśli podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowych jest **(f)**, masz prawo do wniesienia sprzeciwu.
- Masz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych na potrzeby marketingu bezpośredniego i profilowania.
- Jeśli podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowych jest **(a)**, masz prawo wycofać swoją zgodę. Nie ma to wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- Masz prawo sprzeciwić się automatycznemu przetwarzaniu swoich danych i zażądać, aby zostały zweryfikowane przez człowieka.
- W przypadku, gdy podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowych jest **(a)** lub **(b)**, masz prawo zażądać, abyśmy przesłali je innemu administratorowi danych.
- Masz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

## 8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji oparte na Twoich danych osobowych.

W zależności od produktu ubezpieczeniowego, decyzje dotyczące przyznania ochrony ubezpieczeniowej lub wysokości składki ubezpieczeniowej mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany. Takie decyzje będą podejmowane na podstawie profilowania czynników ryzyka, takich jak na przykład data urodzenia. Masz prawo zakwestionować nasze decyzje, wyrazić własne stanowisko i uzyskać interwencję ludzką.

## 9. Przekazywanie Twoich danych osobowych do innych krajów.

Administrator wprowadził środki mające na celu zagwarantowanie wymaganego poziomu ochrony danych i zgodności z obowiązującymi przepisami w przypadku, gdy dane osobowe będą przekazywane do kraju, który nie zapewnia odpowiedniego poziomu ochrony danych osobowych.

## 10. Kiedy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?

Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do rozpatrzenia wniosku oraz zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, a także do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku niektórych roszczeń niezbędnie może być przetwarzanie szczególnych kategorii danych: jak dane zdrowotne. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

## 11. Dane osobowe innych osób.

W przypadku konieczności dostarczenia nam danych osobowych innych osób (np.: członkowie rodziny), zanim je dostarczysz Twoim obowiązkiem jest poinformowanie ich o sposobie przetwarzania przez nas danych osobowych poprzez przekazanie im niniejszych Informacji. Przetwarzanie danych tych osób odbywa się na domniemaniu, iż dostali oni Informacje o przetwarzaniu danych.

## 12. Aktualizacja danych osobowych.

Istotne jest, aby dane osobowe jakie posiadamy były prawidłowe i aktualne. W przypadku zmiany danych osobowych, prosimy o ich niezwłoczną aktualizację. W szczególności dotyczy to danych takich jak: adres, numeru telefonu lub adresu e-mail.

## 13. Zmiany w informacjach o przetwarzaniu danych.

Niniejsze informacje o przetwarzaniu danych mogą ulec zmianie. Najnowsza wersja dostępna jest na stronie internetowej [www.pl.cnpsantander.com](http://www.pl.cnpsantander.com)