

## Formularz zgłoszenia roszczenia

Poprawne wypełnienie formularza ułatwi ubezpieczycielowi szybkie rozpatrzenie roszczenia.  
W razie wątpliwości prosimy o kontakt pod numerem telefonu (0) 801 88 9979

1/3

### 1. Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko		PESEL															
-----------------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 2. Dane osoby zgłaszającej roszczenie

Zgłaszam roszczenie, jako	Ubezpieczony	Rodzina (proszę podać st. pokrewieństwa)		Niespokrewniony	
---------------------------	--------------	--	--	-----------------	--

Imię i nazwisko					
Numer telefonu		E-mail			
Adres do korespondencji					

### 3. Zdarzenie ubezpieczeniowe

W przypadku wątpliwości, które zdarzenie zaznaczyć prosimy wypełnić pole opis zdarzenia, a Ubezpieczyciel sprawdzi wszystkie polisy pod kątem możliwych do wypłaty świadczeń. Służymy również pomocą pod numerem telefonu (0) 801 88 9979

Data zdarzenia		Czy zdarzenie nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku?	Tak		Nie	
----------------	--	---	-----	--	-----	--

Data rozpoznania choroby (proszę podać, jeśli choroba jest przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego)	
---	--

Opis zdarzenia					
----------------	--	--	--	--	--

1A. Śmierć		1B. Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku			
2. Trwała i całkowita niezdolność do pracy potwierdzona orzeczeniem wydanym przez właściwy organ					

#### 3. Poważne zachorowanie (proszę zaznaczyć, którego schorzenia dotyczy zdarzenie)

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

#### 4. Hospitalizacja (minimum 4/7/14/30 dób hospitalizacji w zależności od posiadanego pakietu ubezpieczenia)

Okres Hospitalizacji	od		do (pozostaw puste, jeśli trwa nadal)	
----------------------	----	--	---------------------------------------	--

#### 5. Czasowa niezdolność do pracy (min. 30 dni potwierdzone zaświadczeniem lekarskim)

Okres niezdolności do pracy	od		do (pozostaw puste, jeśli trwa nadal)	
-----------------------------	----	--	---------------------------------------	--

#### 6. Utrata pracy (min. 30 dni posiadania statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku potwierdzone zaświadczeniem z Urzędu Pracy)

Okres posiadania statusu bezrobotnego	od		do (pozostaw puste, jeśli trwa nadal)	
---------------------------------------	----	--	---------------------------------------	--

#### 7. Operacja lub zabieg chirurgiczny w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (zgodnie z tabelą podaną w Warunkach Ubezpieczenia)

#### 8. Złamanie i/lub oparzenie

### 4. Dodatkowe informacje o zdarzeniu

1. Czy policja, prokuratura lub sąd prowadzą/prowadziły postępowanie w sprawie zdarzenia?	Tak*		Nie	
2. Czy pracodawca sporządził protokół powypadkowy? (Jeśli tak, prosimy o załączenie kopii dokumentacji)	Tak		Nie	
3. Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych?	Tak		Nie	

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie (Nazwa, adres, telefon)					
---	--	--	--	--	--

* Numery spraw oraz dane jednostek policji, prokuratury, sądów prowadzących postępowanie (lub kopia dokumentacji) (Nazwa, adres, telefon)					
---	--	--	--	--	--

### 5. Numer rachunku bankowego Ubezpieczonego lub Uprawnionego/Uposzażonego

W przypadku braku wskazania numeru rachunku środki zostaną wypłacone przekazem pocztowym na adres podany w niniejszym wniosku.

Imię i nazwisko właściciela rachunku																										
Numer rachunku																										

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

Email: [roszczenia@pl.cnpsantander.com](mailto:roszczenia@pl.cnpsantander.com)

Telefon: (0) 801 88 9979

## Formularz zgłoszenia roszczenia

Poprawne wypełnienie formularza ułatwi ubezpieczycielowi szybkie rozpatrzenie roszczenia.

W razie wątpliwości prosimy o kontakt pod numerem telefonu **(0) 801 88 9979**

2/3

### 6. Oświadczenia i zgody

#### 6a. Oświadczenia

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. Domaniewska 50B, 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.

#### 6b. Zgody mające na celu usprawnienie procesu likwidacji roszczenia

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

Zgodnie z art. 9 ust. 2 a RODO 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. *Oświadczenie nie dotyczy zgłaszających roszczenie niebędących ubezpieczonym.*

Tak  Nie

*W przypadku braku wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie będzie w stanie rozpatrzyć roszczenia.*

 Podpis

Miejscowość

Data

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie

### 7. Lista podstawowych dokumentów wymaganych przy zgłoszeniu szkody

Nr	Zdarzenie	Wymagane dokumenty
1A 1B	Śmierć Śmierć w wyniku NW	- Odpis skrócony aktu zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona przez Agenta) - Kopia statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę zgonu - Kopia dokumentów sporządzonych przez Policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę - Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej datę rozpoznania choroby będącej przyczyną zdarzenia
2	Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy	- Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zdarzenia - Kopia orzecznia o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (lub terminowej na okres min. 1 roku) - Dokument potwierdzający status aktywności zawodowej na dzień zdarzenia
3	Poważne zachorowanie	- Kopia dok. medycznej potwierdzającej datę rozpoznania choroby, jej przebieg oraz obecny stan zdrowia
4	Hospitalizacja	- Kopia karty informacyjnej z pobytu w szpitalu - Oświadczenie dot. aktywności zawodowej (dostępne w oddziałach oraz na stronie internetowej Banku)
5	Czasowa niezdolność do pracy	- Kopia dokumentu potwierdzającego okres niezdolności do pracy (np. L4) - Kopia dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zdarzenia - Dokument potwierdzający status aktywności zawodowej na dzień zdarzenia
6	Utrata pracy	- Kopia świadectwa pracy - Kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy dot. posiadania statusu osoby bezrobotnej z przyznanym prawem do zasiłku dla bezrobotnych - dot. każdego okresu 30 dniowego
7	Operacja lub zabieg chirurgiczny	- Kopia karty informacyjnej z pobytu w szpitalu
8	Złamanie i/lub oparzenie	- Kopia dok. potwierdzającego uprawnienia do kierowania pojazdem, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony kierował pojazdem - Kopia dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zdarzenia - Kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, (jeśli zdarzenie to wypadek przy pracy)

Roszczenie można również zgłosić w przypadku braku kompletu dokumentów, a ubezpieczyciel zwróci się o ich uzupełnienie w toku postępowania szkodowego (o ile będzie to konieczne).

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

Email: [roszczenia@pl.cnpsantander.com](mailto:roszczenia@pl.cnpsantander.com)

Telefon: (0) 801 88 9979

## Formularz zgłoszenia roszczenia

Poprawne wypełnienie formularza ułatwi ubezpieczycielowi szybkie rozpatrzenie roszczenia.

W razie wątpliwości prosimy o kontakt pod numerem telefonu (0) 801 88 9979

3/3

### INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorami danych są CNP Santander Insurance Life DAC oraz/lub CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlandia (współadministratorzy). Z administratorami można się skontaktować poprzez adres email [dataprotectionofficer@cnp Santander.com](mailto:dataprotectionofficer@cnp Santander.com) lub pisemnie na adres siedziby administratorów.
2. U administratorów danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez email [dataprotectionofficer@cnp Santander.com](mailto:dataprotectionofficer@cnp Santander.com) lub pisemnie na adres siedziby administratorów.
3. Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (dalej: RODO) Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:
  - a) wypełnienia przez administratorów danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
  - b) wypełnienia przez administratorów danych obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
  - c) dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Ubezpieczonym umową ubezpieczenia na życie oraz/lub ubezpieczenia interesu majątkowego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO (gdzie uzasadnionym interesem administratorów jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń);
  - d) w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratorów jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń;
  - e) reasekuracji ryzyk – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratorów jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem.
4. Ewentualnie w celu przeprowadzania badań jakości usług i satysfakcji klienta – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO uzasadnionym interesem administratorów jest możliwość określenia poziomu zadowolenia klientów z produktów i usług.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie oraz/lub ubezpieczenia interesu majątkowego lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.
6. Pani/Pana 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.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. f, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 9 ust. 2 lit. a, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) lub art. 6 ust. 1 lit. b) przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych (art. 20 RODO). Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.
8. Administratorzy wprowadzili 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.

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

Email: [roszczenia@pl.cnp Santander.com](mailto:roszczenia@pl.cnp Santander.com)

Telefon: (0) 801 88 9979