

.....
(Miejscowość, data)

Dane osoby uprawnionej do świadczenia

Imię (imiona) i nazwisko:.....

Obywatelstwo:.....

Nr PESEL:

Data urodzenia oraz państwo urodzenia (*gdy nie nadano nr PESEL*):.....

Seria i nr dokumentu tożsamości:.....

Adres zamieszkania (Ulica; Nr domu; Nr lokalu; Kod pocztowy; Miejscowość):.....

.....

Adres korespondencyjny (Ulica; Nr domu; Nr lokalu; Kod pocztowy; Miejscowość):.....

.....

[Wypełnić w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą]

Nazwa (firma):.....

Numeru identyfikacji podatkowej (NIP):

Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej:.....

W związku ze złożonym wnioskiem o wypłatę świadczenia z tytułu tymczasowej, całkowitej niezdolności do pracy osoby ubezpieczonej

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

Nr PESEL Ubezpieczonego:.....

dotyczącym umowy kredytu (nr umowy).....,

zwracam się z prośbą o przekazanie świadczenia na poniższy numer rachunku bankowego

Właściciel rachunku bankowego:.....

Adres właściciela rachunku bankowego:.....

Numer rachunku bankowego:.....

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z wypłatą świadczenia na adres

email:.....

.....
(podpis osoby uprawnionej do świadczenia)

Informujemy, że:

- a) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Sogecap S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu, ul. Plac Solny 16, 50-062 Wrocław. Z administratorem można się skontaktować elektronicznie pod adresem email: serwisklienta@societegenerale-insurance.pl, telefonicznie pod numerem (71) 774 29 99 lub pisemnie na adres siedziby administratora.
- b) u administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować, poprzez email iod@societegenerale-insurance.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora, w sprawach związanych z ochroną danych osobowych;
- c) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane:
 - w celu i w zakresie niezbędnym do obsługi roszczenia oraz realizacji umowy ubezpieczenia na podstawie art. 6 ust 1 lit. b RODO oraz odpowiednio na podstawie wyrażonej zgody na przetwarzanie danych szczególnych kategorii (dane o stanie zdrowia) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO;
 - w sytuacji, gdy jest to niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, tj. w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia, w celu przeciwdziałania przestępstwom, w celach statystycznych i analitycznych oraz w celu reasekuracji ryzyk, czyli zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą z Panią/Panem umową na podstawie art. 6 ust 1 lit. f RODO;
 - w sytuacji, gdy jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego w szczególności z przepisów podatkowych i rachunkowych, przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz sankcji wynikających z zobowiązań międzynarodowych na podstawie art. 6 ust 1 lit. c RODO;
 - w celu usprawnienia komunikacji w kwestiach związanych z obsługą roszczenia - przetwarzanie danych kontaktowych (np. nr telefonu, e-mail), których podanie nie jest obowiązkowe, ale rekomendowane, wynika z prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest usprawnienie komunikacji (na podstawie art. 6 ust 1 lit. f RODO);
- d) w zależności od podstawy prawnej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, będą one przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa lub gdy administrator zrealizuje swój uzasadniony interes;
- e) Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów prawa (np. zakładom reasekuracji) oraz przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, tzn. dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora;
- f) posiada Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora;
 - wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem;
 - przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.
- g) W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane poza Europejski Obszar Gospodarczy. Takie przekazanie nastąpi, o ile zapewniony zostanie odpowiedni stopień ochrony Pani/Pana danych lub wdrożone zostaną odpowiednie środki bezpieczeństwa, w tym standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską lub wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Na Pani/Pana żądanie administrator udostępni kopię dokumentu regulującego te zabezpieczenia.
- h) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do przeprowadzenia obsługi roszczenia - bez podania danych osobowych nie jest możliwe podjęcie decyzji dotyczącej roszczenia;
- i) w przypadku danych osobowych niezyskanych od Pani/Pana, źródłem pozyskania danych może być ubezpieczający. Mogą to być w szczególności: imię i nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, e-mail, numer telefonu. Źródłem pozyskania informacji o Pani/Pana zdrowiu może być Narodowy Fundusz Zdrowia lub placówki lecznicze, jeśli wcześniej dostaliśmy Pani/Pana zgodę na otrzymywanie danych od tych podmiotów.

.....
(podpis osoby uprawnionej do świadczenia)

Informujemy, iż reklamacje i skargi dotyczące wykonywania Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela można składać w następujący sposób:

– w formie pisemnej - osobiście w jednostce Ubezpieczyciela lub Agenta Ubezpieczeniowego/ Banku, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na następujący adres jednostek:

o siedziby Ubezpieczyciela SOGECAP S.A. Oddział w Polsce: Plac Solny 16, 50-062 Wrocław;

o siedziby Agenta Ubezpieczeniowego/ Banku: ul. Stanisława Żaryna 2A, 02-593 Warszawa oraz na adres do korespondencji: Bank Millennium S.A. ul. gen. Romualda Traugutta 55, 50-416 Wrocław, z dopiskiem: Wydział Operacji Posprzedażowych, Zespół Rachunków Detalicznych;

– ustnie - telefonicznie pod numerem telefonu Agenta Ubezpieczeniowego / Banku: 555 000 555 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela lub Agenta Ubezpieczeniowego/Banku;

– elektronicznie - na adres Ubezpieczyciela: serwisklienta@societegenerale-insurance.pl

Odpowiedź na reklamację udzielana jest niezwłocznie na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem, że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, Ubezpieczyciel w formie pisemnej przekaże osobie zgłaszającej reklamację przyczyny opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy, a także wskaże przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. Ubezpieczyciel może dostarczyć odpowiedź na reklamację na wskazany adres poczty elektronicznej, gdy osoba zgłaszająca reklamację zgłosi taki wniosek.

.....
(podpis osoby uprawnionej do świadczenia)