

SOGECAP S.A. Oddział w Polsce
WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Imię i nazwisko Zgłaszającego:			
Adres korespondencyjny:	Stosunek pokrewieństwa:		
	Ulica, nr domu i mieszkania:		
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
	Nr telefonu:	Email:	
Imię i nazwisko Ubezpieczonego:			
PESEL:			
Pełna nazwa i adres lekarza rodzinnego oraz placówek medycznych:			
Umowa ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> Kredyt Gotówkowy <input type="checkbox"/> Karta Kredytowa <input type="checkbox"/> Kredyt Hipoteczny <input type="checkbox"/> Kredyt Ratalny		
	Nr umowy kredytowej:		Data zawarcia:
Typ zdarzenia ubezpieczeniowego	<input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Choroby lub nieznaney przyczyny		<input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
	Data zgonu:		
	Przyczyna zgonu:		
	Adres Policji / Prokuratury:		
	<input type="checkbox"/> Trwała i Całkowita Niepełnosprawność wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku		
	Data wydania orzeczenia o Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy/ o Znacznym Stopniu Niepełnosprawności przez Uprawniony Organ, jeżeli dotyczy:		
	Rozpoznanie medyczne schorzenia / schorzeń / będących powodem orzeczenia Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności:		
	<input type="checkbox"/> Tymczasowa Całkowita Niezdolność do Pracy wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku		
	Liczba dołączonych druków ZUS ZLA:		
	Okresy przebywania na zwolnieniu lekarskim (zgodnie z drukami ZUS ZLA):		
	Rozpoznanie medyczne schorzenia / schorzeń:		
	<input type="checkbox"/> Poważne Zachorowanie		
	Data wystąpienia poważnego zachorowania:		
	Rozpoznanie medyczne schorzenia / schorzeń:		
	<input type="checkbox"/> Pobył w Szpitalu		
Data rozpoczęcia hospitalizacji			
Data zakończenia hospitalizacji			

Wyrażam zgodę*/ nie wyrażam* na przekazywanie mi informacji związanych z niniejszym roszczeniem na podany przeze mnie wyżej adres email.

 * *niepotrzebne skreślić*

 data

 podpis Zgłaszającego

 podpis uprawnionego pracownika Banku, stempel placówki

Komplet wymaganych dokumentów wraz z niniejszym wnioskiem należy wysłać na adres:

a) w przypadku składania wniosku w Banku Millennium

Bank Millennium S.A.
ul. gen. Romualda Traugutta 55
50-416 Wrocław
z dopiskiem: Wydział Operacji Posprzedażowych, Zespół Rachunków Detalicznych

b) w przypadku składania wniosku w SOGECAP S.A. Oddział w Polsce

SOGECAP S.A. Oddział w Polsce
Plac Solny 16
50-062 Wrocław

Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć i następujące dokumenty:

• **w przypadku Śmierci:**

- o Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
- o akt zgonu;
- o kserokopię zaświadczenia potwierdzającego zgon, sporządzonego na formularzu obowiązującym w państwie, w którym miało miejsce Zdarzenie Ubezpieczeniowe lub na formularzu określonym przez Ubezpieczyciela, wypełnionego przez lekarza stwierdzającego zgon, ze wskazaniem przyczyny zgonu;
- o w przypadku Śmierci wskutek choroby dodatkowo: dokumenty stwierdzające datę pierwszej diagnozy choroby i przebieg jej leczenia lub – jeśli takie dokumenty nie znajdują się w posiadaniu osoby zgłaszającej – adres placówki medycznej, w której ubezpieczony leczył się przed śmiercią;
- o w przypadku Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: formalne potwierdzenie przyczyny śmierci z policji lub prokuratury.

• **w przypadku Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności:**

- o Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
- o orzeczenie Uprawnionego Organu potwierdzające Całkowitą Niezdolność do Pracy lub Znaczny Stopień Niepełnosprawności na okres równy lub dłuższy niż 5 lat, o ile zostało wydane Ubezpieczonemu;;
- o dokumentację medyczną wskazującą na charakter obrażeń lub Choroby, będących przyczyną niepełnosprawności;
- **dotatkowo dla Kredytobiorców, którzy posiadają stwierdzone prawo do emerytury - Znaczny Stopień Niepełnosprawności:**
- o decyzję o przyznaniu emerytury albo decyzję o ostatniej waloryzacji emerytury oraz zaświadczenie Uprawnionego Organu o wypłacie emerytury lub ostatni odcinek wypłaty emerytury lub wyciąg albo historię rachunku bankowego za ostatni miesiąc, potwierdzający wpływ świadczenia emerytalnego.

• **w przypadku Tymczasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy:**

- o Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
- o zwolnienie lekarskie;
- o dokument potwierdzający aktualny stan prawny Ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą lub jego stan zatrudnienia (umowa cywilnoprawna).

• **w przypadku Poważnego Zachorowania:**

- o Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
- o wszystkie dokumenty jakie Ubezpieczyciel uzna za konieczne do rozpatrzenia roszczenia; dokumenty te obejmują w szczególności wyniki badań potwierdzających, że Choroba spełnia definicję Poważnego Zachorowania; dokumenty te, łącznie ze wszystkimi dodatkowymi informacjami wymaganymi przez Ubezpieczyciela, powinny zostać przekazane najpóźniej w ciągu 30 dni od zdiagnozowania zachorowania lub opuszczenia szpitala przez Ubezpieczonego.

• **w przypadku Pobytu w Szpitalu:**

- o Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
- o wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu, historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego).
- o adres organu prowadzącego dochodzenie (policji lub prokuratora) oraz, o ile to możliwe, numer sprawy oraz opis okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku, gdy pobyt w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem

Bank Millennium S.A. prześle Ubezpieczycielowi następujące dokumenty :

- o zestawienie zadłużenia;
- o harmonogram spłaty obowiązujący w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz harmonogram ustalony pierwotnie w Umowie Kredytu.

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.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych.

- g) 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.

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

- w formie pisemnej - osobiście w jednostce Ubezpieczyciela lub Agentów Ubezpieczeniowych, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na następujący adres jednostek:
- siedziby Ubezpieczyciela SOGECAP S.A. Oddział w Polsce: Plac Solny 16, 50-062 Wrocław;
- 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;
- siedziby Agenta Ubezpieczeniowego ME M12 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ: ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów;
- ustnie - telefonicznie pod numerem telefonu Agenta Ubezpieczeniowego/Banku: 555 000 555 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela lub Agentów Ubezpieczeniowych.
- odpowiedź na reklamację udzielana jest niezwłocznie na piśmie (listem poleconym), nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia, 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.

data

podpis Zgłaszającego