

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

<b>Imię i nazwisko Zgłaszającego:</b>			
<b>Adres korespondencyjny:</b>	<b>Stosunek pokrewieństwa:</b>		
	<b>Ulica, nr domu i mieszkania:</b>		
	<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	
	<b>Nr telefonu:</b>	<b>Email:</b>	
<b>Imię i nazwisko Ubezpieczonego:</b>			
<b>PESEL:</b>			
<b>Pełna nazwa i adres lekarza rodzinnego oraz placówek medycznych:</b>			
<b>Umowa ubezpieczenia</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kredyt Gotówkowy</b> <input type="checkbox"/> <b>Karta Kredytowa</b> <input type="checkbox"/> <b>Kredyt Hipoteczny</b> <input type="checkbox"/> <b>Kredyt Ratalny</b>		
	Nr umowy kredytowej:		Data zawarcia:
<b>Typ zdarzenia ubezpieczeniowego</b>	<input type="checkbox"/> <b>Śmierć wskutek Choroby lub nieznaney przyczyny</b>		<input type="checkbox"/> <b>Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku</b>
	Data zgonu:		
	Przyczyna zgonu:		
	Adres Policji / Prokuratury:		
	<input type="checkbox"/> <b>Trwała i Całkowita Niepełnosprawność wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku</b>		
	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"/> <b>Tymczasowa Całkowita Niezdolność do Pracy wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku</b>		
	Liczba dołączonych druków ZUS ZLA:		
	Okresy przebywania na zwolnieniu lekarskim (zgodnie z drukami ZUS ZLA):		
	Rozpoznanie medyczne schorzenia / schorzeń:		
	<input type="checkbox"/> <b>Poważne Zachorowanie</b>		
	Data wystąpienia poważnego zachorowania:		
	Rozpoznanie medyczne schorzenia / schorzeń:		
	<input type="checkbox"/> <b>Pobył w Szpitalu</b>		
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:**
  - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
  - akt zgonu;
  - 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;
  - 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;
  - w przypadku Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: formalne potwierdzenie przyczyny śmierci z policji lub prokuratury.
- **w przypadku Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności:**
  - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
  - 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;;
  - dokumentację medyczną wskazującą na charakter obrażeń lub Choroby, będących przyczyną niepełnosprawności;
  - **dotatkowo dla Kredytoborców, którzy posiadają stwierdzone prawo do emerytury - Znaczny Stopień Niepełnosprawności:**
  - 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:**
  - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
  - zwolnienie lekarskie;
  - dokument potwierdzający aktualny stan prawny Ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą lub jego stan zatrudnienia (umowa cywilnoprawna).
- **w przypadku Poważnego Zachorowania:**
  - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
  - 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:**
  - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
  - wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu, historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego).
  - 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 :**

- zestawienie zadłużenia;
- 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, ul. Plac Solny 16, 50-062 Wrocław;
- b) w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email [iod@societegenerale-insurance.pl](mailto:iod@societegenerale-insurance.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora;
- c) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
  - wypłaty świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonania umowy zgodnie z art. 6 ust 1 pkt b RODO;
  - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze związanego z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu zgodnie z art. 6 ust 1 pkt c RODO;

- wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze związanego z przechowywaniem dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów prawa, w szczególności przepisów o rachunkowości zgodnie z art. 6 ust 1 pkt c RODO;
  - ewentualnego dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora. Prawnie uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia zgodnie z art. 6 ust 1 pkt f RODO;
- d) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do wypłaty świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia – bez podania danych osobowych nie jest możliwe ubieganie się o świadczenie z umowy ubezpieczenia;
- e) dane mogą być przekazywane Sogecap S.A. z siedzibą w Paryżu, Francja oraz podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, rzeczoznawcom medycznym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora;
- f) dane osobowe mogą zostać przekazane poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG). Takie przekazanie nastąpi, o ile zapewniony zostanie odpowiedni stopień ochrony danych. Na Pani/Pana żądanie administrator udostępni kopię danych, które zostały przekazane poza obszar EOG;
- g) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu;
- h) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
- i) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

**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 przekaze 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