

Nr Polisy

Formularz - zgłoszenie ciężkiej choroby

1. Dane dotyczące osoby ubezpieczonej na wypadek ciężkiej choroby

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Data wystąpienia choroby

Rozpoznanie choroby

Adres szpitala i nazwisko lekarza prowadzącego

Nazwisko i adres lekarza leczącego ambulatoryjnie (z kasy chorych, z poradni specjalistycznej, prywatnie, z pogotowia itp.)

2. Dane osoby zgłaszającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego

Nazwisko

Imię

Adres do korespondencji

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość / Poczta

Kraj

Numer telefonu

3. Załączniki

Polisa (lub oświadczenie o zagubieniu lub wskazaniu innej przyczyny niemożności doręczenia Polisy do Ubezpieczyciela)

Kserokopia karty informacyjnej ze szpitala

Inne dokumenty (prosimy wymienić jakie)

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych podanych w niniejszym formularzu jak również uzyskanych w związku z procedurą wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia jest Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Cybernetyki 7. Dane będą przetwarzane przez Administratora zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2002 Nr 101, poz. 926 ze zm.) w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową w tym w szczególności w celu ustalenia zasadności wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia, w celach archiwalnych oraz w celach marketingowych produktów własnych Administratora danych.

Dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1151 ze zm.) oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach jak również mogą być przekazywane reasekuratorom wykonującym działalność na rzecz Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., w tym za granicę, do krajów dających gwarancję ochrony danych osobowych w zakresie odpowiadającym przepisom obowiązującym na terenie RP.

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczenia. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgromadzonych przez Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w celach wskazanych powyżej w niniejszym formularzu.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data

Miejscowość

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie
(zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy)