



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
Z TYTUŁU STRATY FINANSOWEJ GAP ORAZ UTRATY PRACY DLA LEASINGOBIORCÓW
TOYOTA LEASING POLSKA SP. Z O.O.**

ZACHĘCAMY DO ELEKTRONICZNEGO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
NA STRONIE INTERNETOWEJ: WWW.CARDIF.PL

Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia z tytułu straty **finansowej GAP** oraz **Utraty pracy w ramach Leasingu konsumentckiego**:

1. Prosimy o podanie wyczerpujących informacji i wypełnienie wszystkich części druku.
2. Dokładne wypełnienie formularza oraz dołączenie wskazanych dokumentów umożliwi szybkie rozpatrzenie wniosku o wypłatę świadczenia.
3. W przypadku, kiedy przedłożone dokumenty są niewystarczające do zakończenia procedury weryfikacyjnej, zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje/ dokumenty.
4. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać pocztą elektroniczną na adres mailowy: **roszczenia@cardif.pl**

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt z nami pod numerem telefonu

UBEZPIECZAJĄCY: Toyota Leasing Polska Sp. z o.o.

ul. Postępu 18B 02-676 Warszawa

NIP 5213202664

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO: _____

NAZWA FIRMY: _____ PESEL/ NIP _____

NUMER UMOWY _____

Proszę zaznaczyć odpowiednie pole, z jakiego tytułu zgłaszane jest roszczenie oraz formę wypłaty:

- Strata finansowa GAP MTE
- Utrata pracy- **forma wypłaty:** jednorazowa kwota 6 Rat leasingu

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu STRATY FINANSOWEJ GAP MTE prosimy wypełnić poniższe dane:

Data zdarzenia ___ - ___ - _____ Rodzaj zdarzenia: zniszczenie kradzież

Prosimy o podanie okoliczności zaistnienia szkody:

Do zgłoszenia z tytułu Straty finansowej GAP MTE należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- dokument potwierdzający Szkodę całkowitą Pojazdu sporządzony przez Ubezpieczyciela AC/OC, zawierający co najmniej następujące dane: Wartość rynkową Pojazdu, wartość pozostałości powypadkowych gdy miał miejsce wypadek oraz wyliczenie Szkody całkowitej, wysokość wypłaconego Odszkodowania AC/OC sprawcy;
- kserokopię aktualnej na dzień zdarzenia polisy Ubezpieczenia AC;
- kserokopię faktury zakupu Pojazdu;
- kserokopię ostatecznej decyzji o wypłacie odszkodowania przez Ubezpieczyciela AC / OC, w tym dokument wskazujący wysokość wypłaconego odszkodowania oraz informację o Gwarantowanej sumie ubezpieczenia (jeśli taką posiada);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Odszkodowania GAP.

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu *UTRATY PRACY* prosimy wypełnić poniższe dane:

Data Utraty Pracy: ____ - ____ - _____

Data przyznania Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy: ____ - ____ - _____

Status zatrudnienia Ubezpieczonego w dniu zdarzenia:

- umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony umowa zlecenie/ umowa o dzieło
 umowa o pracę zawarta na czas określony działalność gospodarcza
 inna forma zatrudnienia: _____

Do zgłoszenia z tytułu Utraty pracy należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- dokument potwierdzający wysokość Rat leasingu na dzień zajścia Utraty pracy,
- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia, którego dotyczy Utrata pracy lub kopii oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
- zaświadczenie o źródle dochodów w dniu zajścia Utraty pracy (np. kopia umowy o pracę),
- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej w ostatnim dniu danego okresu (dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia),
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE: _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ____ - _____ Miejscowość _____

Tel. stacjonarny (____) _____ - _____ - _____ Tel. komórkowy _____ - _____ - _____

E-mail: _____

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji związanych z roszczeniem, również w przypadku zgłoszenia reklamacji, za pomocą komunikacji elektronicznej w szczególności za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym formularzu.

Należne odszkodowanie proszę przekazać na rzecz Ubezpieczającego, w celu rozliczenia umowy leasingu na konto:

0	8	2	1	6	0	0	0	0	3	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Po rozliczeniu umowy leasingu pozostałe środki zostaną wypłacone przez Ubezpieczającego na konto Ubezpieczonego.

- W związku ze zgłoszeniem roszczenia, pragniemy poinformować, że administratorem Państwa danych osobowych będzie Cardiff Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa (dalej łącznie „Ubezpieczyciel” lub „Administrator danych”), które zobowiązane jest zachować w tajemnicy wszystkie dane dotyczące Umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem podmiotów wskazanych przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tj. Dz. U. 2020 r., poz. 895 z późn. zm.).
- W związku z korzystaniem z tego samego systemu informatycznego, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardiff Polska S.A. i Cardiff Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce będą współadministrować Państwa dane osobowe, z zastrzeżeniem, że nie będzie to sprzeczne z zakresem i celem przetwarzania danych osobowych wyrażonych w zgodzie.
- Z Administratorem danych, u którego wyznaczony jest inspektor ochrony danych można się skontaktować, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez adres email: iod@cardif.pl lub **pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych, BNP Paribas Cardiff w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa.**

- *Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce oświadcza, że dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:*
 - 1) *w celu niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia (art.6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia*)*
 - 2) *w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora danych, w szczególności: w celu oceny procesu rozpatrzenia roszczenia poprzez ankietę satysfakcji (art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia*).*
- *Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce jako administrator danych osobowych oświadcza, że powierzone mu do przetwarzania dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, dla których zgoda została udzielona tj. do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.*
- *Służy Państwu prawo dostępu do danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych niż cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga Państwa uprzedniej zgody.*
- *W dowolnym momencie mogą Państwo wycofać zgodę na przetwarzania swoich danych osobowych lub ograniczyć ich przetwarzanie, z zastrzeżeniem, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.*
- *W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych, przysługuje Państwu prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.*
- *W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.*
- *Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Ubezpieczyciela, jego pracowników i współpracowników, podmioty wykonujące w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności agencyjne, z zastrzeżeniem, że przetwarzanie tych danych odbywać się będzie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji zgłoszonego roszczenia.*
- *Państwa dane osobowe mogą być przekazywane przez Ubezpieczyciela podmiotom przetwarzającym dane osobowe na jego zlecenie np. dostawcom usług IT lub firmom archiwizującym, z zastrzeżeniem, że takie przetwarzanie odbywać się będzie każdorazowo na podstawie umowy zawartej z Ubezpieczycielem i wyłącznie zgodnie z jego poleceniami.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia. Podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych dotyczących nowo zawieranej umowy leasingu w związku z zakupem nowego pojazdu w tym na przekazanie Ubezpieczycielowi przez Leasingodawcę kopii nowej umowy leasingu oraz danych dotyczących polisy ubezpieczenia AC/OC nowego pojazdu, jeżeli dane te będą niezbędne do wypłaty odszkodowania z tytułu Straty finansowej GAP.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności kamej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia.

Zostałem/am poinformowany/a, że podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne oraz, że przysługuje mi prawo dostępu do ich treści i prawo do ich poprawiania.

Data ____ - ____ - _____

Podpis osoby zgłaszającej: _____

**Rozporządzenie - Rozporządzenie 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*