

WNIOSEK O WYPŁATĘ WARTOŚCI KONTA KAPITAŁOWEGO

PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ

1. Niniejszy wniosek przeznaczony jest do **wypłaty środków zgromadzonych na indywidualnym koncie kapitałowym**.
2. Prosimy o podanie wyczerpujących informacji i wypełnienie wszystkich części druku. Dokładne wypełnienie wniosku oraz dołączenie wskazanych dokumentów umożliwi jego szybkie rozpatrzenie.
3. W przypadku, kiedy przedłożone dokumenty są niewystarczające do zakończenia procedury weryfikacyjnej zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje/ dokumenty.
4. Wniosek wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać listem poleconym na adres:

**Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Dział Obsługi Roszczeń, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa**

lub pocztą elektroniczną na adres mailowy: **roszczenia@cardif.pl**

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu wniosku lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt z nami pod numerem telefonu **22 529 17 77**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9⁰⁰ – 17⁰⁰.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UBEZPIECZONEJ : _____

PESEL _____

NUMER POLISY _____ / _____

Do niniejszego wniosku należy dołączyć:

- kserokopię dokumentu potwierdzającego tożsamość (dowód osobisty lub paszport).

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYPŁATĘ: _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ____ - ____ - ____ Miejscowość _____

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

E-mail: _____

Proszę o wypłatę wartości konta kapitałowego:

na rachunek: _____
w Banku _____

przekazem pieniężnym na adres: _____

- W związku ze złożonym wnioskiem, pragniemy poinformować, że administratorem Państwa danych osobowych będzie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa (dalej „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. 2017 r., poz. 1170 z późn. zm.).
- 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 Cardif w Polsce, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa.**

- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oświadcza, że dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
 - 1) w celu niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego wniosku (art.6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia*)
 - 2) w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora danych, w szczególności: w celu oceny procesu rozpatrzenia wniosku poprzez ankietę satysfakcji (art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia*).
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. 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 wniosku.
- 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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego wniosku.

Podane przeze mnie dane są prawdziwe. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania wniosku.

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