



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA**  
w ramach ubezpieczenia "NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW"  
dla Klientów Alior Banku S.A.

**Zachęcamy do elektronicznego zgłoszenia roszczenia na stronie internetowej: [www.cardif.pl](http://www.cardif.pl)  
(zakładka „Zgłoś roszczenie on-line”)**

**PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ**

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, gdy przedłożone dokumenty okażą się niewystarczające do zakończenia procedury weryfikacyjnej, zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje/ dokumenty.
4. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać pocztą tradycyjną na adres:

**Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce,  
Dział Obsługi Roszczeń, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa**

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

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt z nami pod numerem telefonu **22 529 18 00**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup>.

**IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO :** \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

NUMER UMOWY \_\_\_\_\_

**Osoba, której dotyczy roszczenie:**

- Ubezpieczony
- Współmałżonek Ubezpieczonego
- Dziecko Ubezpieczonego

**Rodzaj zdarzenia:**

- Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
- Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku
- Śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego

**DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA**

Data wystąpienia zdarzenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Prosimy o podanie okoliczności wypadku oraz adresu i telefonu prokuratury / policji, w której toczyło się postępowanie w sprawie zdarzenia:**

---

---

---

---

**Do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:**

**W przypadku POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:**

- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub Uprawnionego (jeżeli Uprawniony został wskazany),
- kopia dokumentu potwierdzającego pozostawanie w związku małżeńskim w dniu wystąpienia zdarzenia (dokument wymagany w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Małżonka Ubezpieczonego),
- kopia aktu urodzenia Dziecka (dokument wymagany w przypadku, gdy roszczenie dotyczy dziecka Ubezpieczonego),
- kopia protokołu z wypadku (Policja, Prokuratura, BHP) lub opis zdarzenia zawierający informacje na temat rodzaju, okoliczności, daty i miejsca zdarzenia.

**W przypadku ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU lub ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO:**

- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego,
- pisemne wskazanie przez każdego Uposażonego sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego),
- kopia dokumentu potwierdzającego pozostawanie w związku małżeńskim w dniu wystąpienia zdarzenia (dokument wymagany w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Małżonka Ubezpieczonego),
- kopia aktu zgonu,
- kopia dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
- kopia protokołu z wypadku (Policja, Prokuratura, BHP) lub opis zdarzenia zawierający informacje na temat rodzaju, okoliczności, daty i miejsca zdarzenia.

**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 świadczenie proszę przekazać na rachunek:**

na rachunek: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

w Banku \_\_\_\_\_

- 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, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 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. 2017 r., poz. 1170 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 Cardif w Polsce, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 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 w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia.

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 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