



FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

dla Kredytobiorców Alior Bank S.A.

**Zachęcamy do elektronicznego zgłoszenia roszczenia na stronie internetowej: 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:

**Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub 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 17 50**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9⁰⁰ – 17⁰⁰.

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO : _____

PESEL _____ NUMER UMOWY _____

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie |
| <input type="checkbox"/> Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> Czasowa niezdolność do pracy |
| <input type="checkbox"/> Trwała i całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> Utrata pracy |
| <input type="checkbox"/> Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku | |

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

Data Utraty Pracy: ____ - ____ - _____

Data przyznania prawa do zasiłku dla bezrobotnych: ____ - ____ - _____

Status zatrudnienia Ubezpieczonego w dniu zdarzenia:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony | <input type="checkbox"/> umowa zlecenie |
| <input type="checkbox"/> umowa o pracę zawarta na czas określony | <input type="checkbox"/> umowa o dzieło |
| <input type="checkbox"/> inne _____ | |

Do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy;
- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia zdarzenia;
- zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.

Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego (po upływie każdego 30-dniowego okresu):

- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu.

W przypadku zgłoszenia z tytułu **ZGONU UBEZPIECZONEGO, ZGONU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU lub CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data wystąpienia zdarzenia: ____ - ____ - _____

Przyczyna wystąpienia zdarzenia: nieszczęśliwy wypadek choroba

Adres placówki stwierdzającej zgon (w przypadku ryzyka ZGON UBEZPIECZONEGO):

Nazwa: _____

ulica: _____ Nr _____ Kod pocztowy: ____ - ____ Miejsowość _____

Telefon: _____

Adres przychodni pierwszego kontaktu:

Nazwa: _____

ulica: _____ Nr _____ Kod pocztowy: ____ - ____ Miejsowość _____

Telefon: _____

W przypadku braku informacji o nazwie lub adresie przychodni, prosimy o podanie poniższych danych

Dane lekarza pierwszego kontaktu:

Imię i Nazwisko: _____

Prosimy o podanie nazw i adresów innych instytucji (przychodni specjalistycznych, szpitali), w których leczy się/ leczył się Ubezpieczony:

W przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku 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 ZGONU UBEZPIECZONEGO lub ZGONU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

- odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
- dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.),
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
- dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku),
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

W przypadku TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:

- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS/ KRUS określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
- dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku)),
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

W przypadku POWAŻNEGO ZACHOROWANIA:

- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu Poważnego zachorowania,
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

W przypadku POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia Szpitalnego),
- dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku),
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

Przed każdą wypłatą kolejnego miesięcznego świadczenia (po upływie każdego 30-dniowego okresu):

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

W przypadku CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:

- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
- dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia,
- dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy - dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

Przed każdą wypłatą miesięcznego świadczenia (po upływie każdego 30-dniowego okresu):

- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
- dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
- dokumentację medyczną potwierdzającą kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio jednostka chorobowa - dokumentację medyczną dotyczącą tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE: _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ____ - ____ - ____ Mięscowosc _____

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.

W przypadku całkowitej spłaty zadłużenia, nadwyżkę świadczenia proszę przekazać:

na rachunek: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

w Banku _____

- W związku ze zgłoszeniem roszczenia, pragniemy poinformować, że administratorem Państwa danych osobowych będzie, w zależności od ryzyka, z którego zgłaszają Państwo roszczenie, odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa (dalej zwane odpowiednio: „Ubezpieczyciel” lub „Administrator danych”), które zobowiązane są 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.). Informację, który z podmiotów świadczy ochronę ubezpieczeniową w ramach danego ryzyka, znajdzie Państwo w treści warunków ubezpieczenia, których dotyczy zgłoszone roszczenie.
- W związku z korzystaniem z tego samego systemu informatycznego, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. i Cardif 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.**
- Odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce oświadczają, 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*).
- Odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce jako administratorzy danych osobowych oświadczają, że powierzone im 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 odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, w zależności od tego, który z podmiotów świadczy ochronę ubezpieczeniową w ramach ryzyka, z którego zgłaszam roszczenie, w zakresie niezbędnym do jego rozpatrzenia.

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