



FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

dla Klientów BNP Paribas Bank Polska S.A. w ramach Ubezpieczenia Wspierającego

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

*W PRZYPADKU NIESKORZYSTANIA Z ELEKTRONICZNEGO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
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, 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 listem poleconym 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 mailowy: 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 60**. 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:

- Utrata Stałego Źródła Dochodu
- Czasowa Niezdolność do Pracy
- Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
- Poważne Zachorowanie
- Zgon Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data Utrata Stałego Źródła Dochodu: ____ - ____ - _____

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

Forma zatrudnienia: _____

Do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych ze wskazaniem kwoty netto zasiłku i daty od kiedy ten zasiłek przysługuje,
- kopia dokumentu potwierdzającego Wynagrodzenie netto z miesiąca, w którym zaszło Zdarzenie,
- kopia dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia w dniu zdarzenia (np.: umowa o pracę, kontrakt menedżerski),
- kopia dokumentu określającego tryb rozwiązania umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego z ostatniego miejsca zatrudnienia (np.: świadectwo pracy lub służby),
- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego.

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

Data wystąpienia zdarzenia: ___ - ___ - _____

Przyczyna wystąpienia zdarzenia: nieszczęśliwy wypadek choroba

Adres przychodni pierwszego kontaktu:

Nazwa: _____

ulica: _____ Nr _____ Kod pocztowy: ___ - ___ - ___ Miejscowość _____

Telefon: _____

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

Dane lekarza pierwszego kontaktu:

Imię i Nazwisko: _____ Telefon: _____

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 CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:

- kopię dokumentu potwierdzającego zatrudnienie, w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (np. kopia umowy o pracę zawartą na czas określony lub zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej),
- dokument potwierdzający wynagrodzenie netto z miesiąca, w którym Ubezpieczony stał się czasowo niezdolny do pracy,
- kopię zaświadczenia potwierdzającego kwotę netto przyznanego zasiłku chorobowego,
- kopię dokumentu umożliwiającego ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania czasowej niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
- kopię zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA),
- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego.

Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego (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.

W przypadku POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

- dokumentację medyczną potwierdzającą pobyt w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- kopię dokumentu potwierdzającego wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa, opis lub protokół z wypadku zawierający informacje dotyczące okoliczności oraz datę zdarzenia),
- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego.

W przypadku POWAŻNEGO ZACHOROWANIA:

- kopię dokumentacji medycznej związanej z rozpoznaniem Poważnego Zachorowania,
- dokument potwierdzający źródło dochodu w dniu zdarzenia,
- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego.

W przypadku ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘSLIWEGO WYPADKU:

- kopię dokumentu potwierdzających tożsamość osób Uposażonych,
- kopię odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenie lub kopię dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu (np. karta zgonu),
- kopię dokumentu potwierdzającego wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa bądź protokołu z wypadku zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia.),
- opis lub protokół z wypadku zawierający informacje dotyczące okoliczności oraz datę 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: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

w Banku _____

- W związku ze zgłoszeniem roszczenia, pragniemy poinformować, że administratorem Państwa danych osobowych będzie Cardif 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 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.**

- *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.*
- *Służby 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*