



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:

**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 00**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9⁰⁰ – 17⁰⁰.

INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

Imię i Nazwisko _____ PESEL _____

Nr Deklaracji Zgody _____ Data przystąpienia do ubezpieczenia _____

INFORMACJE O ZGŁASZAJĄCYM ROSZCZENIE

IMIĘ I NAZWISKO: _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ___ - ___ - ___ Miejscowość _____

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.

>>>> UPRAWNIENIA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA (wypełnić tylko w przypadku zgonu Ubezpieczonego) <<<<<

Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym*: małżonek dziecko rodzic inne _____

Należne świadczenie proszę przekazać:

na rachunek ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___

w Banku _____

przekazem pieniężnym na adres _____

* w celu otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia, konieczne jest przesłanie do Ubezpieczyciela dokumentu wykazującego uprawnienia do otrzymania świadczenia.

INFORMACJE WYMAGANE DO USTALENIA KWOTY ŚWIADCZENIA

1. Limit kredytowy w dniu zdarzenia (określonym przez zgłaszającego roszczenie) wynosił: _____

W ciągu ostatnich trzech miesięcy przed dniem zdarzenia limit kredytowy uległ zmianie: NIE TAK

❖ ostatnia zmiana limitu kredytowego nastąpiła w dniu: _____

❖ przed zmianą limit kredytowy wynosił: _____

2. W ciągu ostatnich trzech miesięcy przed dniem zdarzenia nastąpiła przerwa w opłacaniu składki spowodowana brakiem dostępnych środków na rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowym: NIE TAK

❖ data pobrania ostatniej składki: _____

3. Świadczenie należy przekazać:

na rachunek Ubezpieczonego¹ nr ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

na rachunek Banku² nr ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

4. Adres Oddziału: Bank PKO BP, Oddział _____ ul. _____

Kod pocztowy ____ — ____ — ____ Miejscowość _____

Imię i Nazwisko pracownika Banku _____ e-mail: _____

Tel. (____) ____ - ____ - ____ Fax (____) ____ - ____ - ____

pieczęć i podpis _____

¹ ROR kredytobiorcy – w przypadku świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, czasowej niezdolności do pracy i utraty pracy,
² dotyczy świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w kwocie równej zadłużeniu z tytułu kredytu i odsetek na dzień wypłaty świadczenia.

PRZYCZYNA ROSZCZENIA

ZGON

WYMAGANE DOKUMENTY: odpis aktu zgonu Ubezpieczonego, zaświadczenie o przyczynie zgonu (np. karta zgonu).

DODATKOWE INFORMACJE:

Data zgonu ____ - ____ - ____ Przyczyna zgonu: nieszczęśliwy wypadek choroba (jaka): _____

Adres placówki stwierdzającej zgon:

Nazwa: _____

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

Telefon: _____

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: _____

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:

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

WYMAGANE DOKUMENTY: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, dokumentacji medycznej będącej podstawą do wydania orzeczenia i określającej stan zdrowia ubezpieczonego, jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy.

DODATKOWE INFORMACJE:

Data zdarzenia (wydania orzeczenia) ____ - ____ - _____

Przyczyna trwałej i całkowitej niezdolności do pracy: nieszczęśliwy wypadek choroba (jaka): _____

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

POWAŻNE ZACHOROWANIE

WYMAGANE DOKUMENTY: dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego

DODATKOWE INFORMACJE:

Data zdarzenia (rozpoznania choroby) ____ - ____ - _____

Jaka choroba została rozpoznana?:

zawał serca; udar mózgu; niewydolność nerek; nowotwór (rak); chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych;

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

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

WYMAGANE DOKUMENTY: zwolnienia lekarskie i/lub historia pobytu w szpitalu, dowody wypłat zasiłku chorobowego za czas niezdolności do pracy, dokumentacja medyczna wskazująca, z jakiego powodu wystąpiła czasowa niezdolność do pracy.

DODATKOWE INFORMACJE:

Data zdarzenia (wystąpienia czasowej niezdolności do pracy) ____ - ____ - _____

Przyczyna czasowej niezdolności do pracy: nieszczęśliwy wypadek choroba (jaka): _____

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

UTRATA PRACY

WYMAGANE DOKUMENTY: dokument potwierdzający wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę, dokument potwierdzający zatrudnienie na czas nieokreślony (świadcstwo pracy), zaświadczenie z Urzędu Pracy o statusie osoby bezrobotnej wraz z informacją, od kiedy przysługuje prawo do pobierania zasiłku.

DODATKOWE INFORMACJE:

Data utraty pracy ____ - ____ - _____

Sposób rozwiązania umowy o pracę:

- za wypowiedzeniem bez wypowiedzenia wygaśnięcie umowy z upływem czasu, na jaki została zawarta
 za porozumieniem stron inne _____

- 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, znajdują 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 przestępka 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*