



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

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO : _____

PESEL _____ NUMER UMOWY _____

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

- Zgon Ubezpieczonego
- Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
- Pobyt w Szpitalu
- Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
- Poważne zachorowanie

Prosimy wypełnić poniższe dane:

Data wystąpienia zdarzenia: ____ - ____ - ____

Przyczyna wystąpienia zdarzenia:

- nieszczęśliwy wypadek
- choroba

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 / leczyl 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:

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **ZGONU UBEZPIECZONEGO** lub **ZGONU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU** prosimy wypełnić dodatkowo poniższe dane:

Adres placówki stwierdzającej zgon:

Nazwa: _____

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

Telefon: _____

Do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

W przypadku **ZGONU UBEZPIECZONEGO** lub **ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE 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),
- ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.

W przypadku **TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY** lub **TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:**

- 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)),
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

W przypadku **POBYTU W SZPITALU** lub **POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (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),
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
- ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

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

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

W przypadku **POWAŻNEGO ZACHOROWANIA**:

- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebiecie operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań,
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
- ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE: _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ____ - ____ - ____ Mijscowość _____

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 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.).
- 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.**

- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. 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*).
- 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.
- 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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą 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