



**Zachęcamy do elektronicznego zgłoszenia roszczenia na stronie internetowej: [www.cardif.pl](http://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 okażą się niewystarczające do zakończenia procedury weryfikacyjnej, zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje.
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 mailowy: [roszczenia@cardif.pl](mailto:roszczenia@cardif.pl)

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt pod numerem telefonu 22 529 17 77. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup>.

#### I. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Nr polisy \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

#### ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lok \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Tel. stacjonarny (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tel. komórkowy \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

#### II. PRZEDMIOT WNIOSKU\*

##### Osoba, której dotyczy roszczenie:

- Ubezpieczony  Współmałżonek Ubezpieczonego  Dziecko Ubezpieczonego  Rodzic Ubezpieczonego /  
Rodzic Współmałżonka

##### Rodzaj zdarzenia:

- Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu  
 Urodzenie się Martwego Dziecka Ubezpieczonemu  
 Leczenie w Szpitalu  
 Leczenie w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku  
 Leczenie w Szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej

\*WYKAZ DOKUMENTÓW WYMAGANYCH DO ROZPATRZENIA ROSZCZENIA ZAMIESZCZONY JEST W PUNKCIE III NINIEJSZEGO FORMULARZA

- Leczenie Operacyjne
- Inwalidztwo w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku
- Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku
- Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu
- Niezdolność do Pracy
- Niezdolność do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku
- Poważne Zachorowanie
- Zgon
- Zgon w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku
- Zgon w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego
- Zgon w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy
- Zgon w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu
- Osierocenie Dziecka (w przypadku zgonu Ubezpieczonego)

\*WYKAZ DOKUMENTÓW WYMAGANYCH DO ROZPATRZENIA ROSZCZENIA ZAMIESZCZONY JEST W PUNKCIE III NINIEJSZEGO FORMULARZA

***W przypadku zdarzeń w następstwie nieszczęśliwego wypadku prosimy o:***

a) podanie nazwy i adresu policji lub prokuratury prowadzącej postępowanie:

---



---



---



---

b) opisanie okoliczności zdarzenia:

---



---



---



---

c) podanie daty zdarzenia \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

### III. WYKAZ DOKUMNETÓW WYMAGANYCH DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

#### **W PRZYPADKU URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. odpis aktu urodzenia lub potwierdzoną kopię
2. kartę informacyjną leczenia szpitalnego z informacją o wieku ciąży (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy urodzenia się martwego dziecka)
3. dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego
4. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

#### **W PRZYPADKU LECZENIA DZIECKA W SZPITALU NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. dokumentację medyczną potwierdzającą pobyt Dziecka w szpitalu (karty informacyjne leczenia szpitalnego)
2. odpis aktu urodzenia Dziecka lub poświadczona kopia
3. dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, np. raport policyjny lub postanowienie z prokuratury o umorzeniu śledztwa, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem
4. dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego
5. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

#### **W PRZYPADKU LECZENIA OPERACYJNEGO, LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. dokumentację medyczną potwierdzającą pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego)
2. dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, np. Raport policyjny lub postanowienie z prokuratury o umorzeniu śledztwa, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem
3. dokumentację medyczną potwierdzającą pobyt w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy pobytu w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej)
4. dokumentację medyczną potwierdzającą pobyt w szpitalu oraz przebyte leczenie operacyjne (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy leczenia operacyjnego)
5. odpis aktu małżeństwa lub poświadczoną kopię (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy współmałżonka)
6. dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego
7. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

#### **W PRZYPADKU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. odpis aktu małżeństwa lub poświadczoną kopię (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Współmałżonka Ubezpieczonego)
2. dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, np. Raport policyjny lub postanowienie z prokuratury o umorzeniu śledztwa (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku)
3. dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji
4. zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
5. dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego
6. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

#### **W PRZYPADKU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji
2. zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
3. dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego
4. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

#### **W PRZYPADKU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. orzeczenie lekarza orzecznika organu rentowego o niezdolności do pracy
2. dokumenty umożliwiające ustalenie przyczyny powstania niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury, jeżeli niezdolność do pracy spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem)
3. odpis aktu małżeństwa lub poświadczoną kopię (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Współmałżonka Ubezpieczonego)
4. dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego
5. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

**W PRZYPADKU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO LUB DZIECKA UBEZPIECZONEGO NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. dokumentację medyczną związaną z rozpoznaniem poważnym zachorowaniem
2. odpis aktu małżeństwa lub poświadczoną kopię (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Współmałżonka Ubezpieczonego)
3. odpis aktu urodzenia lub poświadczoną kopię (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Dziecka Ubezpieczonego)
4. dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego
5. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

**W PRZYPADKU INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO I DZIECKA UBEZPIECZONEGO NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, np. Raport policyjny lub postanowienie z prokuratury o umorzeniu śledztwa (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku)
2. odpis aktu małżeństwa lub poświadczoną kopię (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Współmałżonka Ubezpieczonego)
3. dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji
4. zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
5. odpis aktu urodzenia lub poświadczoną kopię (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Dziecka Ubezpieczonego).
6. dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego
7. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

**W PRZYPADKU ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. skrócony odpis aktu zgonu
2. dokument stwierdzający przyczynę zgonu
3. dokument poświadczający tożsamość Uposażonych
4. pisemne wskazanie przez każdego Uposażonego sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

**W PRZYPADKU OSIEROCENIA DZIECKA NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. akt zgonu Ubezpieczonego lub skrócony odpis aktu zgonu
2. dokument stwierdzający przyczynę zgonu
3. odpis aktu urodzenia Dziecka lub poświadczona kopia
4. dokument poświadczający tożsamość Dziecka
5. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

**W PRZYPADKU ZGONU UBEZPIECZONEGO LUB ZGONU WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. skrócony odpis aktu zgonu
2. dokument stwierdzający przyczynę zgonu
3. odpis lub poświadczoną kopię aktualnego aktu małżeństwa (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy śmierci Współmałżonka)
4. dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, np. raport policyjny lub postanowienie z prokuratury o umorzeniu śledztwa (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku)
5. dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego)
6. dokumentację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dotyczącą wypadku przy pracy (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy)
7. dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, np. protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy)
8. dokumenty poświadczające tożsamość Uposażonych (dotyczy zgonu Ubezpieczonego)
9. dokumenty poświadczające tożsamość Ubezpieczonego (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy zgonu Współmałżonka)
10. pisemne wskazanie przez Ubezpieczonego oraz przez każdego Uposażonego sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

**W PRZYPADKU ZGONU RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB RODZICA WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO NALEŻY PRZESŁAĆ:**

1. akt zgonu rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Współmałżonka Ubezpieczonego
2. dokument stwierdzający przyczynę zgonu
3. odpis lub poświadczoną kopię aktualnego aktu małżeństwa (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy śmierci Rodzica Współmałżonka Ubezpieczonego)
4. dokumenty poświadczające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, np. raport policyjny lub postanowienie z prokuratury o umorzeniu śledztwa (w przypadku, gdy roszczenie dotyczy śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku)
5. dokument poświadczający tożsamość Ubezpieczonego.
6. pisemne wskazanie sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego).

#### IV. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE I SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

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 \_\_\_\_\_

przekazem pieniężnym na adres: \_\_\_\_\_

- 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.).
- 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.
- Służę 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