



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA**  
w ramach ubezpieczenia "BEZPIECZNE RACHUNKI"  
dla Klientów Alior Banku S.A.

**Zachęcamy do elektronicznego zgłoszenia roszczenia na stronie internetowej: [www.cardif.pl](http://www.cardif.pl)**

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, 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:

**Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce,  
Dział Obsługi Roszczeń, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa**

lub pocztą elektroniczną na adres [roszczenia@cardif.pl](mailto: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 45**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup>.

**IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO :** \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ NUMER UMOWY \_\_\_\_\_

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

- Czasowa niezdolność do pracy
- Utrata Stałego Źródła Dochodu
- Zgon w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku

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

Data Utraty Pracy: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Data przyznania prawa do zasiłku dla bezrobotnych: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Status zatrudnienia Ubezpieczonego w dniu zdarzenia:

- umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony
- umowa o pracę zawarta na czas określony
- inne \_\_\_\_\_
- umowa zlecenie
- umowa o dzieło

**Do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:**

- kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego uzyskanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla osób bezrobotnych wraz z datą od kiedy ten zasiłek przysługuje,
- kopia dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia w dniu zdarzenia (np.: kopia ostatniej umowy o pracę),
- kopia dokumentu określającego datę i tryb rozwiązania stosunku pracy (np.: świadectwo pracy lub służby),
- kopia dokumentu określającego wynagrodzenie netto z ostatniego miesiąca, w którym Ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy zawartym na czas nieokreślony.

**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 W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data wystąpienia zdarzenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Prosimy o podanie okoliczności wypadku oraz adresu i telefonu prokuratury / policji, w której toczyło się postępowanie w sprawie zdarzenia:**

---

---

---

W przypadku zgłoszenia z tytułu **CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY** 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: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

**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 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.),
- 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),
- kopie dokumentów potwierdzających tożsamość Uposażonych.

**W przypadku CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:**

- kopia dokumentu potwierdzającego zatrudnienie w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w oparciu o umowę o pracę zawartą na czas określony,
- kopia dokumentu określającego wynagrodzenie netto z miesiąca, w którym Ubezpieczony stał się częściowo niezdolny do pracy,
- kopia dokumentu umożliwiającego ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania czasowej niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
- kopia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA).

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:**

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, ul. Grzybowska 78, 00-844 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. 2020 r., poz. 895 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, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa 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](mailto:iod@cardif.pl) lub pisemnie na adres: **Inspektor Ochrony Danych, BNP Paribas Cardif w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 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.
- 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 Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa 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