

# FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY\*

\*Czasowa niezdolność do pracy to niemożność wykonywania pracy trwająca z tej samej przyczyny nieprzerwanie co najmniej 30 dni, 60 dni lub 90 dni (w zależności od wybranych warunków ubezpieczenia)

ZACHĘCAMY DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA ONLINE NA NASZEJ STRONIE INTERNETOWEJ [WWW.CARDIF.PL](http://WWW.CARDIF.PL)

Prosimy o uzupełnienie wniosku drukowanymi literami.

## DANE UBEZPIECZENIA

\_\_\_\_\_  
Nazwa banku lub pośrednika

\_\_\_\_\_  
Numer umowy ubezpieczenia

## DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ, KTÓREJ DOTYCZY ZDARZENIE

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

W przypadku nieposiadania numeru PESEL: Data urodzenia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_

## DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

### Adres do korespondencji

Ulica \_\_\_\_\_

Numer domu \_\_\_\_\_ Numer mieszkania \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Numer telefonu \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji związanych ze zgłoszeniem, również w przypadku zgłoszenia reklamacji, za pomocą komunikacji elektronicznej w szczególności za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej na adres podany w formularzu.



## SPOSÓB WYPŁATY

Numer rachunku

Dodatkowo w przypadku przelewów zagranicznych: Kod SWIFT  Kod kraju

Oświadczam, że legitymuję się dowodem osobistym seria i numer

ważnym do  /  /

Podpis osoby składającej oświadczenie \_\_\_\_\_

## DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO ZDARZENIA

Przyczyna zdarzenia:  choroba  nieszczęśliwy wypadek

Data zdarzenia (wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku)  /  /

Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim (jeżeli nadal trwa, proszę zaznaczyć „do nadal”):

od  /  /  do  /  /  lub  do nadal

**Opis i okoliczności zdarzenia** (w przypadku gdy do zdarzenia doszło w skutek wypadku):

---

---

## WYMAGANE DOKUMENTY

- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA lub e-ZLA) określające okres przerwy w pracy
- dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego od ZUS-u oraz

w przypadku, gdy do zdarzenia doszło wskutek przyczyn naturalnych (choroba):

- dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby będącej przyczyną czasowej niezdolności do pracy

w przypadku zdarzenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem:

- dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po wypadku (np. karta z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub lekarza pierwszego kontaktu)
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny, postanowienie prokuratury)
- dokument, który potwierdza kontynuację leczenia tej samej choroby, a jeśli przyczyną kolejnej czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednia choroba - dokumentacja medyczna dotycząca tej kolejnej czasowej niezdolności do pracy

w przypadku, gdy zakres ubezpieczenia uzależniony jest od źródła dochodu:

- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę na czas określony lub nieokreślony, umowa zlecenia, działalność gospodarcza, decyzja o przyznaniu renty lub emerytury)

wyłącznie w przypadku ubezpieczenia dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą będących Klientami PKO Banku Polskiego S.A.:

- kopia rachunków lub innych dokumentów potwierdzających wysokość i termin płatności Opłat eksploatacyjnych, których termin płatności przypada w okresie zwolnień lekarskich (czynsz, opłaty za energię elektryczną, gaz, centralne ogrzewanie, wodę i kanalizację, opłaty na fundusz remontowy, opłaty za wywóz śmieci, opłaty za usługi ochroniarskie, abonament radiowo-telewizyjny, opłaty za stacjonarne usługi telekomunikacyjne, minimalne wymagane prawem składki do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)



## INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia zdarzenia jest odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa lub Cardif Assurances Risques Divers Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa (dalej łącznie zwane Cardif) w zależności od tego który z podmiotów świadczy ochronę ubezpieczeniową w ramach ryzyka z którego zgłasza Pani/Pan zdarzenie, w zakresie niezbędnym do jego rozpatrzenia.
- Cardif przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celu rozpatrzenia zgłoszonego przez Panią/Pana zdarzenia ubezpieczeniowego, wykonania ciążących na Cardif obowiązków prawnych oraz w uzasadnionym interesie Cardif takim jak rozpatrzenia zgłoszonego przez Panią/Pana zdarzenia ubezpieczeniowego poprzez ankietę satysfakcji, zapewnienie rozliczalności i archiwizacji danych przez okres wskazany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa.
- Więcej informacji o zasadach przetwarzania danych osobowych w Cardif oraz przysługujących Pani/u prawach znaleźć może Pani/Pan w informacji „Cele i zasady przetwarzania danych osobowych” na stronie internetowej [www.cardif.pl](http://www.cardif.pl) w zakładce „Ochrona Danych Osobowych”.

## OŚWIADCZENIA

Podane przeze mnie dane są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych, zawartymi w Informacji na temat celów i zasad przetwarzania danych osobowych przez Cardif.

Zostałam/Zostałem poinformowana/poinformowany, 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

### ABY ZGŁOSIĆ NAM ZDARZENIE:

- wyślij wypełniony formularz na adres e-mail: [swiadczenia@cardif.pl](mailto:swiadczenia@cardif.pl)
- wyślij wypełniony formularz na adres:  
Cardif, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Telefon: + 48 22 319 00 lub 801 801 111 – w dni robocze od 9.00 do 17.00

