

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY*

*Dotyczy trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w zależności od warunków ubezpieczenia

ZACHĘCAMY DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA ONLINE NA NASZEJ STRONIE INTERNETOWEJ 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) / /

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

WYMAGANE DOKUMENTY

- orzeczenie lekarskie (ZUS lub KRUS) o niezdolności do pracy (wymagany okres obowiązywania niezdolności do pracy wskazany jest w definicji Orzeczenia odpowiednich warunków ubezpieczenia)

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

- dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby będącej przyczyną wydania orzeczenia o niezdolności do pracy

dodatkowo 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)

oraz 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)



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 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
- 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

