



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA AWARII
UBEZPIECZENIE POKRYCIA KOSZTÓW NAPRAWY
PRZEDŁUŻONA GWARANCJA**

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. Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt pod numerem telefonu **22 860 03 77**.
5. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać pocztą elektroniczną na adres mailowy: **vwzglaszenia@wagas.pl**

POLISA/ POTWIERDZENIE UBEZPIECZENIA NR: _____

ważna od ____ - ____ - _____ do ____ - ____ - _____

DATA AWARII: ____ - ____ - _____

PAKIET: DIAMENTOWY PLATYNOWY ŻŁOTY SREBRNY

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO : _____

NAZWA FIRMY: _____

PESEL/ REGON _____ Seria i numer dowodu osobistego _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ____ - ____ Miejsowość _____

Tel. stacjonarny (____) _____ - ____ - ____ Tel. komórkowy _____ - _____ - _____

E-mail: _____

DANE UŻYTKOWNIKA (proszę uzupełnić w przypadku, gdy inne niż dane Ubezpieczonego)

IMIĘ I NAZWISKO: _____

PESEL _____ Seria i numer dowodu osobistego _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ____ - ____ Miejsowość _____

Tel. stacjonarny (____) _____ - ____ - ____ Tel. komórkowy _____ - _____ - _____

E-mail: _____

DANE SO

NAZWA: _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ____ - ____ Miejsowość _____

Tel. stacjonarny (____) _____ - ____ - ____ Tel. komórkowy _____ - _____ - _____

E-mail: _____

DANE POJAZDU

Marka / Model: _____

Nr nadwozia _____

Nr silnika _____

Nr rejestracyjny _____

Rodzaj skrzyni biegów _____

Wskazanie licznika (drogomierza) w km _____

Jestem podatnikiem podatku VAT: TAK NIE

OPIS OKOLICZNOŚCI ZAISTNIENIA AWARII (proszę podać miejsce i okoliczności zdarzenia)

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 ciężących 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: _____

*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