

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA Z TYTUŁU ZGONU* OSOBY UBEZPIECZONEJ

*Dotyczy zgonu, zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – w zależności od zakresu 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

Data zgonu __ / __ / ____

Przyczyna zgonu: choroba nieszczęśliwy wypadek

Przyczyna i okoliczności zgonu osoby ubezpieczonej

Adres placówki stwierdzającej zgon

Nazwa _____

Ulica _____

Numer domu ____ Numer mieszkania ____ Kod pocztowy __ - ____

Miejscowość _____

ADRES PRZYCHODNI PIERWSZEGO KONTAKTU

Nazwa _____

Ulica _____

Numer domu ____ Numer mieszkania ____ Kod pocztowy __ - ____

Miejscowość _____

Dane innych placówek medycznych (przychodni specjalistycznych, szpitali) w których leczyła się osoba ubezpieczona

DANE PROKURATURY I/LUB POLICJI (JEŚLI DOTYCZY)

WYMAGANE DOKUMENTY

- kopia aktu zgonu
- dokument, który wskazuje przyczynę zgonu, np.: karta statystyczna zgonu, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok
- w przypadku gdy do zgonu doszło wskutek przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby będącej przyczyną zgonu
- w przypadku gdy do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku: postanowienie z prokuratury lub notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności zdarzenia, protokół z sekcji zwłok



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

