



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA  
Z TYTUŁU STRATY FINANSOWEJ GAP DLA KREDYTOBIORCÓW/ LEASINGOBIORCÓW**

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

Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia z tytułu **straty finansowej GAP**:

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. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać listem poleconym na adres: **Cardif Assurances Risques Divers S.A., Oddział w Polsce, Dział Obsługi Świadczeń, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa.**

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt z nami pod numerem telefonu **22 529 17 68**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup>

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

NAZWA FIRMY: \_\_\_\_\_

PESEL/ NIP \_\_\_\_\_ NUMER UMOWY \_\_\_\_\_

Data zdarzenia \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_      Rodzaj zdarzenia:  zniszczenie       kradzież

Prosimy o podanie okoliczności zaistnienia szkody:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**1. W przypadku roszczeń zgłaszanych z tytułu straty finansowej GAP RTI lub GAP MIX:**

- dokument potwierdzający Szkodę całkowitą Pojazdu sporządzony przez Ubezpieczyciela AC/OC, zawierający co najmniej następujące dane: Wartość rynkową Pojazdu, wartość pozostałości powypadkowych gdy miał miejsce wypadek oraz wyliczenie Szkody całkowitej, wysokość wypłaconego Odszkodowania AC/OC sprawcy;
- kserokopię aktualnej na dzień zdarzenia polisy Ubezpieczenia AC;
- kserokopię faktury zakupu Pojazdu;
- kserokopię dowodu rejestracyjnego Pojazdu;
- kserokopię ostatecznej decyzji o wypłacie odszkodowania przez Ubezpieczyciela AC / OC, w tym dokument wskazujący wysokość wypłaconego odszkodowania AC/OC oraz informację o Gwarantowanej sumie ubezpieczenia (jeśli taką posiada), oraz

**w przypadku umów w których Suma ubezpieczenia ulega powiększeniu o wysokość kosztów poniesionych w związku z zawarciem nowej umowy leasingu/kredytu:**

- dokumenty potwierdzające wysokość kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego przy zawarciu nowej umowy kredytu/ leasingu obejmujące: prowizję za zawarcie nowej umowy kredytu/ leasingu, składkę za Ubezpieczenie OC/AC nowego pojazdu, opłatę rejestracyjną nowego pojazdu, koszt pierwszego tankowania nowego pojazdu.

**2. W przypadku roszczeń zgłaszanych z tytułu straty finansowej GAP SF:**

- dokument potwierdzający Szkodę całkowitą Pojazdu sporządzony przez Ubezpieczyciela AC/OC, zawierający co najmniej następujące dane: Wartość rynkową Pojazdu, wartość pozostałości powypadkowych gdy miał miejsce wypadek oraz wyliczenie Szkody całkowitej, wysokość wypłaconego Odszkodowania AC/OC sprawcy;
- kserokopię aktualnej na dzień zdarzenia polisy Ubezpieczenia AC;
- kserokopię faktury zakupu Pojazdu;
- kserokopię dokumentu potwierdzającego sumę rat najmu pozostałych do spłaty;
- umowę najmu;
- kserokopię dowodu rejestracyjnego Pojazdu;
- kserokopię ostatecznej decyzji o wypłacie odszkodowania przez Ubezpieczyciela AC / OC, w tym dokument wskazujący wysokość wypłaconego odszkodowania AC/OC.

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 w celu rozliczenia umowy kredytu/ leasingu na konto:**

0	8	2	1	6	0	0	0	0	3	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**W przypadku rozliczenia umowy kredytu/ leasingu należne świadczenie proszę przekazać na konto Ubezpieczonego (nie dotyczy umów zawartych w ramach Umowy Ubezpieczenia (POLISA NR UG-TL-01)) :**

na rachunek: \_\_\_\_\_  
w Banku \_\_\_\_\_

**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: .....

*\*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*