



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

ZACHĘCAMY DO ELEKTRONICZNEGO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
NA STRONIE INTERNETOWEJ: 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** oraz **Utraty pracy**:

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 przelać listem poleconym na adres: **Cardif Assurances Risques Divers S.A., Oddział w Polce, 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 9⁰⁰ – 17⁰⁰

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO : _____

NAZWA FIRMY: _____ PESEL/ NIP _____

NUMER UMOWY _____

Proszę zaznaczyć odpowiednie pole, z jakiego tytułu zgłaszane jest roszczenie oraz formę wypłaty:

- Strata finansowa GAP
- Utrata pracy- **forma wypłaty:** jednorazowa kwota 6 Rat leasingu

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu STRATY FINANSOWEJ GAP MTE prosimy wypełnić poniższe dane:

Data zdarzenia ____ - ____ - _____ Rodzaj zdarzenia: zniszczenie kradzież

Prosimy o podanie okoliczności zaistnienia szkody:

Do zgłoszenia z tytułu Straty finansowej GAP należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- 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 ostatecznej decyzji o wypłacie odszkodowania przez Ubezpieczyciela AC / OC, w tym dokument wskazujący wysokość wypłaconego odszkodowania oraz informację o Gwarantowanej sumie ubezpieczenia (jeśli taką posiada);

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.

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu *UTRATY PRACY* prosimy wypełnić poniższe dane:

Data Utraty Pracy: ____ - ____ - _____

Data przyznania Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy: ____ - ____ - _____

Status zatrudnienia Ubezpieczonego w dniu zdarzenia:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony | <input type="checkbox"/> umowa zlecenie/ umowa o dzieło |
| <input type="checkbox"/> umowa o pracę zawarta na czas określony | <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza |
| <input type="checkbox"/> inna forma zatrudnienia: _____ | |

Do zgłoszenia z tytułu Utraty pracy należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

1) w przypadku osób fizycznych:

- a) dokument potwierdzający wysokość Rat leasingu na dzień zajścia Utraty pracy,
- b) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia, którego dotyczy Utrata pracy lub kopii oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
- c) zaświadczenie o źródle dochodów w dniu zajścia Utraty pracy (np. kopia umowy o pracę),
- d) kopię dowodu osobistego,
- e) kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej w ostatnim dniu danego okresu (dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia),
- f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;

2) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą/rolniczą:

- a) dokument potwierdzający wysokość Rat leasingu na dzień zajścia Utraty pracy,
- b) oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia działalności:
 - z powodu ponoszenia strat w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Utratę pracy, przez co najmniej 2 miesiące w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, lub
 - w przypadku, gdy łączny skumulowany wynik z prowadzonej działalności gospodarczej za ostatnie 2 miesiące, bezpośrednio poprzedzających Utratę pracy jest ujemny,wraz z dołączonymi dokumentami potwierdzającymi opisaną przyczynę zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej (np.: księga przychodów i rozchodów prowadzonej działalności, odpowiednie deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia);
- c) zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- d) kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy w ostatnim dniu danego okresu (dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia),
- e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.

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 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*