

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA* OSOBY UBEZPIECZONEJ

*szczegółowa lista chorób zawarta jest w definicji Poważnego Zachorowania 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

Data rozpoznania choroby lub przeprowadzenia operacji / /

Zdiagnozowana choroba (szczegółowy wykaz chorób wskazany jest w warunkach ubezpieczenia):

- Angioplastyka wieńcowa
- Łagodny guz mózgu
- Niewydolność nerek
- Nowotwór złośliwy (w tym: białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (inaczej: choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów)
- Operacja aorty
- Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (wszczepienie by-passów)
- Przeszczep narządu (serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego)
- Schyłkowa niewydolność wątroby
- Stwardnienie rozsiane
- Śpiączka w wyniku Choroby
- Udar mózgu
- Utrata kończyn w wyniku choroby
- Utrata mowy w wyniku choroby
- Utrata słuchu w wyniku choroby
- Utrata wzroku w wyniku choroby
- Zawał serca

WYMAGANE DOKUMENTY

- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie choroby lub przebieg operacji (np. karta pobytu w szpitalu, a w przypadku zdiagnozowania nowotworu – wyniki badań histopatologicznych)
 - dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby będącej przyczyną zgłaszanego zachorowania
- w przypadku, gdy zakres ubezpieczenia lub wysokość świadczenia uzależniona jest od źródła dochodu:
- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zdiagnozowania choroby (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

