

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA Z TYTUŁU USZKODZENIA CIAŁA* W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

*Dotyczy oparzenia, złamania kości, zwichnięcia lub skręcenia stawu, trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie złamania kości - w zależności od 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 zdarzenia / /

Okoliczności i miejsce zdarzenia

Dane placówki medycznej która udzieliła Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej

Data udzielenia pierwszej pomocy medycznej / /

WYMAGANE DOKUMENTY

- dokumenty potwierdzające zajście oraz okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny, postanowienie prokuratury)
- dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po wypadku (np. karta z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub od lekarza pierwszego kontaktu), oraz

w przypadku oparzenia:

- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia zawierająca informacje o stopniu i powierzchni oparzenia

w przypadku złamania kości oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie złamania kości:

- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia potwierdzająca złamanie kości (np. RTG, MRI, TK)

w przypadku skręcenia stawu lub zwichnięcia stawu:

- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia zawierająca informacje o stopniu skręcenia stawu lub zwichnięcia stawu

w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie złamania kości:

- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji
- zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji



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

