



**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*

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 Roszczeń, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa**

lub pocztą elektroniczną na adres [roszczenia@cardif.pl](mailto:roszczenia@cardif.pl)

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt z nami pod numerem telefonu **22 529 17 65**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup>.

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

PESEL \_\_\_\_\_ NUMER UBEZPIECZENIA \_\_\_\_\_

Nr ROR \_\_\_\_\_

(Rachunek Ubezpieczonego prowadzony w PKO BP SA przypisany do Grupowego Ubezpieczenia Zabezpieczenia Codziennych Płatności na Wypadek Zdarzeń Losowych dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą będących klientami PKO Banku Polskiego SA)

**Powód zgłoszenia roszczenia:**

- Utrata Stałego Źródła Dochodu
- Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy
- Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku
- Poważne Zachorowanie

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU** prosimy wypełnić poniższe dane:

**Informacje o zdarzeniu ubezpieczeniowym – rozwiązanie nastąpiło w wyniku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego:**

- na czas nieokreślony za wypowiedzeniem przez pracodawcę;
- na czas nieokreślony za porozumieniem stron, w następstwie przyczyn nie dotyczących Ubezpieczonego tj. upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

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

- kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych ze wskazaniem kwoty brutto zasiłku i daty od kiedy ten zasiłek przysługuje,
- kopia dokumentu potwierdzającego Wynagrodzenie brutto z miesiąca, w którym zaszło Zdarzenie,
- kopia dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia w dniu zdarzenia - z ostatniego miejsca zatrudnienia (np.: umowa o pracę, kontrakt menedżerski),
- kopia dokumentu określającego tryb rozwiązania umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego z ostatniego miejsca zatrudnienia (np.: świadectwo pracy lub służby).

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY** lub **TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data rozpoznania choroby: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

lub data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Adres przychodni pierwszego kontaktu:**

Nazwa: \_\_\_\_\_

ulica: \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

*W przypadku braku informacji o nazwie lub adresie przychodni, prosimy o podanie poniższych danych*

**Dane lekarza pierwszego kontaktu:** Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

***Prosimy o podanie nazw i adresów innych instytucji (przychodni specjalistycznych, szpitali), w których leczy się / leczył się Ubezpieczony:***

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***W przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku prosimy o podanie okoliczności wypadku oraz adresu i telefonu prokuratury / policji, w której toczyło się postępowanie w sprawie zdarzenia:***

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

***W przypadku TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:***

- kopia orzeczenia lekarza orzecznika Organu rentowego o niezdolności do pracy,
- kopia dokumentów umożliwiających ustalenie przyczyny powstania niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
- kopia dokumentacji medycznej związanej z leczeniem, wskazanej przez Ubezpieczyciela,
- kopia dokumentu potwierdzającego źródło uzyskiwania dochodów w dniu zdarzenia (np.: umowa o pracę, kontrakt menedżerski, zaświadczenie o prowadzeniu własnej działalności gospodarczej).

***W przypadku TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:***

- kopia orzeczenia lekarza orzecznika Organu rentowego o niezdolności do pracy,
- kopia dokumentów określających datę i okoliczności wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku,
- kopia dokumentów umożliwiających ustalenie przyczyny powstania niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
- kopia dokumentacji medycznej związanej z leczeniem, wskazanej przez Ubezpieczyciela.

***W przypadku POWAŻNEGO ZACHOROWANIA:***

- kopia dokumentacji medycznej związanej z leczeniem, wskazanej przez Ubezpieczyciela,
- dokument potwierdzający źródło dochodu w dniu zdarzenia.

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:**

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

- W związku ze zgłoszeniem roszczenia, pragniemy poinformować, że administratorem Państwa danych osobowych będzie Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa (dalej łącznie „Ubezpieczyciel” lub „Administrator danych”), które zobowiązane jest zachować w tajemnicy wszystkie dane dotyczące Umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem podmiotów wskazanych przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tj. Dz. U. 2020 r., poz. 895 z późn. zm.).
- W związku z korzystaniem z tego samego systemu informatycznego, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. i Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa będą współadministrować Państwa dane osobowe, z zastrzeżeniem, że nie będzie to sprzeczne z zakresem i celem przetwarzania danych osobowych wyrażonych w zgodzie.
- Z Administratorem danych, u którego wyznaczony jest inspektor ochrony danych można się skontaktować, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez adres email: **iod@cardif.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych, BNP Paribas Cardif w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa.**
- Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce oświadcza, że dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
  - 1) w celu niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia (art.6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia\*)
  - 2) w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora danych, w szczególności: w celu oceny procesu rozpatrzenia roszczenia poprzez ankietę satysfakcji (art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia\*).
- Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce jako administrator danych osobowych oświadcza, że powierzone mu do przetwarzania dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, dla których zgoda została udzielona tj. do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.
- Służy Państwu prawo dostępu do danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych niż cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga Państwa uprzedniej zgody.
- W dowolnym momencie mogą Państwo wycofać zgodę na przetwarzania swoich danych osobowych lub ograniczyć ich przetwarzanie, z zastrzeżeniem, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych, przysługuje Państwu prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
- W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.
- Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Ubezpieczyciela, jego pracowników i współpracowników, podmioty wykonujące w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności agencyjne, z zastrzeżeniem, że przetwarzanie tych danych odbywać się będzie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji zgłoszonego roszczenia.
- Państwa dane osobowe mogą być przekazywane przez Ubezpieczyciela podmiotom przetwarzającym dane osobowe na jego zlecenie np. dostawcom usług IT lub firmom archiwizującym, z zastrzeżeniem, że takie przetwarzanie odbywać się będzie każdorazowo na podstawie umowy zawartej z Ubezpieczycielem i wyłącznie zgodnie z jego poleceniami.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia.

Podane przeze mnie dane są prawdziwe. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia.

Zostałem/am poinformowany/a, 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