

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY *

*Dotyczy utraty pracy lub utraty stałego źródła dochodów – w zależności od zakresu 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

* w pierwszej kolejności świadczenie wypłacamy Uprawnionemu, który wskazany jest we Wnioskopolisie



DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO ZDARZENIA

Data utraty pracy (data zakończenia pracy)

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Data uzyskania statusu osoby bezrobotnej

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Data przyznania prawa do zasiłku dla bezrobotnych

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Forma zatrudnienia (np. umowa zawarta na czas nieokreślony lub określony, umowa – zlecenie, kontrakt menedżerski):

WYMAGANE DOKUMENTY

w odniesieniu do osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej:

- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia, lub oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu umowy wraz z podaną przyczyną rozwiązania umowy
- kopia ostatniej umowy o pracę lub aneksu do umowy zawierająca informację na temat stosunku pracy (czas określony, nieokreślony) i okresu zatrudnienia

w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą:

- zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z CEIDG lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości
- oraz
- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych oraz w jakiej wysokości (jeżeli przysługuje)
- zaświadczenie o posiadanych powierzchniach użytków rolnych (dotyczy Rolnika poszukującego pracy)
- inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia

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 ciężących 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 przystępujących 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.

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Data

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

* 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