

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA Z TYTUŁU ZGONU\* OSOBY UBEZPIECZONEJ

\*Dotyczy zgonu, zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego  
– w zależności od zakresu ubezpieczenia

ZACHĘCAMY DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA ONLINE NA NASZEJ STRONIE INTERNETOWEJ [WWW.CARDIF.PL](http://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 zgonu:        Przyczyna zgonu:  choroba  nieszczęśliwy wypadek**Przyczyna i okoliczności zgonu osoby ubezpieczonej****Adres placówki stwierdzającej zgon**

Nazwa

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

Kod pocztowy

 - 

Miejscowość

**ADRES PRZYCHODNI PIERWSZEGO KONTAKTU**

Nazwa

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

Kod pocztowy

 - 

Miejscowość

**Dane innych placówek medycznych (przychodni specjalistycznych, szpitali) w których leczyła się osoba ubezpieczona****DANE PROKURATURY I/LUB POLICJI (JEŚLI DOTYCZY)**

## WYMAGANE DOKUMENTY

- kopia aktu zgonu
- dokument, który wskazuje przyczynę zgonu, np.: karta statystyczna zgonu, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok
- w przypadku gdy do zgonu doszło wskutek przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby będącej przyczyną zgonu
- w przypadku gdy do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku: postanowienie z prokuratury lub notatka urzędowa z policji opisująca okoliczności zdarzenia, protokół z sekcji zwłok

## 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](http://www.cardif.pl) w zakładce „Ochrona Danych Osobowych”.

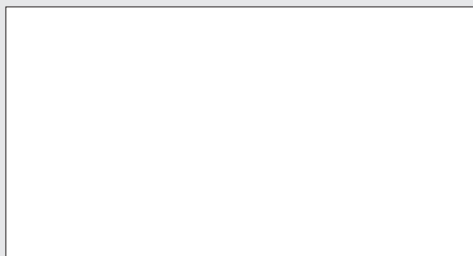
## OŚWIADCZENIA

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

\* 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](mailto: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