



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA**  
dla Klientów BNP Paribas Bank Polska S.A.  
dla Posiadaczy Kart w ramach ubezpieczenia „OCHRONA NNW”

**Zachęcamy do elektronicznego zgłoszenia roszczenia na stronie internetowej: [www.cardif.pl](http://www.cardif.pl)  
(zakładka „Zgłoś roszczenie on-line”)**

*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,  
Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa**

lub pocztą elektroniczną na adres mailowy: [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 19 99**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup>.

**IMIĘ I NAZWISKO POSIADACZA KARTY:** \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ NUMER UMOWY \_\_\_\_\_

**Proszę zaznaczyć odpowiednie pole, z jakiego tytułu zgłaszane jest roszczenie:**

- Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku
- Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego
- Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

**Informacje dotyczące zdarzenia:**

Data wystąpienia zdarzenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

***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 ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:**

- kopię dokumentów potwierdzających tożsamość osób Uposażonych,
- kopię odpisu aktu zgonu oraz kopię dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu (np. karta zgonu),
- kopię dokumentu potwierdzającego wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa bądź protokołu z wypadku zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia),
- pisemne wskazanie przez każdego Uposażonego sposobu spełnienia świadczenia (numer rachunku bankowego),
- kopię dokumentu potwierdzającego dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego oraz kopię dokumentu potwierdzającego uprawnienia do prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów mechanicznych (w przypadku, gdy powstałe zdarzenie było wynikiem wypadku komunikacyjnego).

**W przypadku POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:**

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
- kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- kopię dokumentu potwierdzającego wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa, opis lub protokół z wypadku zawierający informacje dotyczące okoliczności oraz datę zdarzenia),
- opis okoliczności zdarzenia zawierający informacje na temat rodzaju, okoliczności, daty i miejsca zdarzenia,
- kopię dokumentu potwierdzającego dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego oraz kopię dokumentu potwierdzającego uprawnienia do prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów mechanicznych np. prawo jazdy (w przypadku, gdy powstałe zdarzenie było wynikiem wypadku komunikacyjnego),
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

**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 Cardiff Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 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. 2017 r., poz. 1170 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 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, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 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 w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 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