



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA  
dla Leasingobiorcy Santander Leasing S.A.**

**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 przesyłać pocztą elektroniczną na adres mailowy: **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 27**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup>.

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

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

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

- Zgon Ubezpieczonego  
 Poważne Zachorowanie  
 Pobyt w Szpitalu  
 Czasowa niezdolność do pracy

W przypadku zgłoszenia z tytułu **ZGONU UBEZPIECZONEGO, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, POBYTU W SZPITALU** lub **CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY** prosimy wypełnić poniższe dane:

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

Przyczyna wystąpienia zdarzenia:  nieszczęśliwy wypadek  choroba (prosimy o podanie jaka) \_\_\_\_\_

**Adres placówki stwierdzającej zgon (wyłącznie w przypadku ryzyka ZGONU UBEZPIECZONEGO):**

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

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

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

**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 ZGONU UBEZPIECZONEGO:**

- odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
- dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.),
- jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

**W przypadku POWAŻNEGO ZACHOROWANIA:**

- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań;
- jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

**W przypadku POBYTU W SZPITALU:**

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

**Przed każdą wypłatą kolejnego miesięcznego świadczenia (po upływie każdego 30-dniowego okresu):**

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

**W przypadku CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:**

- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
- dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia,
- dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy - dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku),

**Przed każdą wypłatą miesięcznego świadczenia (po upływie każdego 30-dniowego okresu):**

- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
- dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
- dokumentacja medyczna potwierdzająca kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio jednostka chorobowa - dokumentacja medyczna dotycząca tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy.

**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.

**W przypadku gdy należne Świadczenie przewyższa zobowiązania Ubezpiezonego z tytułu Umowy leasingu, świadczenie proszę przekazać:**

na rachunek: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

w Banku \_\_\_\_\_

- W związku ze zgłoszeniem roszczenia, pragniemy poinformować, że administratorem Państwa danych osobowych będzie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa (dalej „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.**
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. 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\*).
  - 3) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. 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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, 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*