



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA  
dla Kredytobiorców TOYOTA BANK S.A.**

ZACHĘCAMY DO ELEKTRONICZNEGO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA  
NA STRONIE INTERNETOWEJ: WWW.CARDIF.PL

W przypadku nieskorzystania z elektronicznego zgłoszenia roszczenia prosimy o zapoznanie się z poniższą instrukcją

Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia w ramach ubezpieczenia przy kredycie gotówkowym lub ratalnym.

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: **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub Cardif Assurances Risques Divers S.A., Oddział w Polsce, Dział Obsługi Roszczeń, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa** lub 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 68**. 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 \_\_\_\_\_

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

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

- Zgon Ubezpieczonego  
 Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku  
 Trwała i całkowita niezdolność do pracy  
 Utrata pracy

W przypadku zgłoszenia z tytułu **ZGONU UBEZPIECZONEGO, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data wystąpienia zdarzenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Data rozpoznania choroby \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Przyczyna wystąpienia zdarzenia:  nieszczęśliwy wypadek  choroba

**Adres placówki stwierdzającej zgon:**

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

**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.);
- 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 ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

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

- orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
  - całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika Organu rentowego, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
  - niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą;
- 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);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

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

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyty Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
- 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 ubezpieczeniowego.

**Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:**

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyty Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **UTRATY PRACY** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data Utrata Pracy: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Data przyznania prawa do zasiłku dla bezrobotnych: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Status zatrudnienia: \_\_\_\_\_

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

- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy – w odniesieniu do osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego, umowy zlecenia;
- zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą, od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia Działalności gospodarczej (w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą):
  - z powodu ponoszenia strat w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej lub
  - w przypadku, gdy łączny skumulowany wynik z prowadzonej Działalności gospodarczej za ostatnie 6 miesięcy, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, prowadzenia Działalności gospodarczej jest ujemny lub
  - z powodu rozwiązania umowy z głównym zleceniodawcą, który zapewniał co najmniej 60% wszystkich przychodów Działalności gospodarczej w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie,

wraz z dołączonymi dokumentami potwierdzającymi opisaną przyczynę zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej (np.: księga przychodów i rozchodów prowadzonej działalności, odpowiednie deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia);

- zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości – w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą;
- ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.

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

- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu.

**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 związku ze zgłoszeniem roszczenia, pragniemy poinformować, że administratorem Państwa danych osobowych będzie, w zależności od ryzyka, z którego zgłaszają Państwo roszczenie, odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa (dalej zwane odpowiednio: „Ubezpieczyciel” lub „Administrator danych”), które zobowiązane są 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.). Informację, który z podmiotów świadczy ochronę ubezpieczeniową w ramach danego ryzyka, znajdzie Państwo w treści warunków ubezpieczenia, których dotyczy zgłoszone roszczenie.
- 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, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa.**
- Odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce oświadczają, 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\*).
- Odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce jako administratorzy danych osobowych oświadczają, że powierzone im 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 odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, w zależności od tego, który z podmiotów świadczy ochronę ubezpieczeniową w ramach ryzyka, z którego zgłaszam roszczenie, w zakresie niezbędnym do jego rozpatrzenia.

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