

Prosimy o kompletne i czytelne wypełnienie formularza.

### 1. Dane ubezpieczonego

Imię i Nazwisko

Numer PESEL

--	--

Adres

--

Numer telefonu

Adres elektroniczny (email)

--	--

Numer umowy (jeśli dotyczy kilku umów, prosimy o wpisanie wszystkich)

--

Status ubezpieczonego:

Pracujący

Emeryt

Rencista

### 2. Dane zgłaszającego roszczenie (w przypadku, gdy inna osoba niż w punkcie 1)

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

--	--

Adres do korespondencji

--

Numer telefonu

Adres elektroniczny (email)

--	--

Stopień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną

--

### 3. Zdarzenie ubezpieczeniowe w związku, z którym zgłaszane jest roszczenie

 Śmierć

Data zdarzenia

--

Przyczyna śmierci

--

Adres placówki, która wystawiła *kartę statystyczną do karty zgonu*

--

 Trwała i całkowita niezdolność do pracy (lub)  
Niezdolność do samodzielnej egzystencji

Data zdarzenia

--

 Czasowa niezdolność do pracy

Data zdarzenia

--

 Utrata stałego źródła dochodów

Data zdarzenia

--

Rodzaj utraconego źródła dochodów (np. umowa o pracę na czas określony, umowa zlecenie, własna działalność itp.)

--

 Poważne zachorowanie

Data zdarzenia

--

Nazwa / rodzaj poważnego zachorowania

--

#### 4. Dane uzupełniające

Dane placówek medycznych, w których leczy/leczył się ubezpieczony w okresie trzech lub pięciu\* lat poprzedzających zawarcie umowy:

*\*W zależności od okresu określonego we wniosku ubezpieczeniowym i ogólnych warunkach umowy ubezpieczenia z dnia zawarcia umowy.*

Nazwa i adres praktyki lekarza rodzinnego/poradni POZ/poradni ogólnej

Nazwa i adres poradni specjalistycznej / szpitala

Adres posterunku Policji, Prokuratury wraz z nr sprawy, (jeśli postępowanie dotyczy zdarzenia)

#### 5. Oświadczenie

Dotyczy ubezpieczonego lub osoby zgłaszającej roszczenie:

Oświadczam, iż wszystkie informacje zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe, wyczerpujące i prawidłowo zapisane.

**Wyrażam zgodę na to, aby dane dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, których przetwarzanie jest obowiązkowe w celu realizacji Umowy Ubezpieczenia, były w tym celu przedmiotem zarządzania wewnętrznego sprawowanego przez Ubezpieczycieli (Administratorów Danych), osoby przez nich delegowane oraz ewentualnych reasekuratorów zgodnie z obowiązującymi przepisami.**

Dotyczy ubezpieczonego:

Upoważniam nieodwołalnie:

- Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania CACI Life dac i CACI Non-Life dac danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym Ubezpieczonego, będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
- Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, który udzielał świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, do przekazania CACI Life dac i CACI Non-Life dac na prośbę ich konsultanta medycznego, informacji dotyczących Ubezpieczonego, o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego. Zakres informacji obejmuje informacje o: 1/ przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; 2/ przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; 3/ wynikach przeprowadzonych konsultacji; 4/ przyczynie śmierci Ubezpieczonego.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego lub osoby zgłaszającej roszczenie

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu  
Agenta ubezpieczeniowego podpis

Dane osobowe Ubezpieczonego gromadzone w ramach Wniosku ubezpieczeniowego oraz w okresie realizacji Umowy Ubezpieczenia, są przetwarzane przez CACI Life dac oraz CACI Non-Life dac (zwanymi dalej „Administratorami Danych”).

Dane osobowe Ubezpieczonego są przetwarzane zgodnie z przepisami prawa i w celu realizacji Umowy Ubezpieczenia oraz będą w tym celu przedmiotem zarządzania wewnętrznego sprawowanego przez Ubezpieczycieli (Administratorów Danych), osoby przez nich delegowane oraz ewentualnych reasekuratorów zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Udostępnienie danych osobowych Ubezpieczonego jest wymagane do zawarcia Umowy ubezpieczenia, o ile nie wskazano inaczej, wszystkie dane są obowiązkowe. W przypadku niepodania informacji innych niż określone, jako dobrowolne, Administratorzy Danych nie będą mogli sformalizować Umowy ubezpieczenia.

W ramach przetwarzania Wniosku ubezpieczeniowego oraz zawarcia, realizacji i zarządzania Umową ubezpieczenia, dane są przechowywane przez okresy odpowiadające maksymalnym okresom przewidzianym, w szczególności, w Ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w Kodeksie Cywilnym oraz terminom związanym ze spoczywającymi na Administratorach Danych obowiązkach prawnych, regulacyjnych i administracyjnych.

Osoba, której dane dotyczą ma prawo do dostępu do swoich danych, ich poprawiania, usunięcia - zapomnienia, ograniczania, prawo do cofnięcia zgody, prawo do sprzeciwu oraz prawo do przenoszenia tych danych. Aby skorzystać z tych praw w dowolnym czasie, w zakresie dopuszczonym w Ogólnych Warunkach należy wysłać email na adres: [dataprotectionofficer@ca-caci.ie](mailto:dataprotectionofficer@ca-caci.ie). Osoba, której dane dotyczą może zażądać, bez żadnych ograniczeń, interwencji Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), z którym można się skontaktować przez stronę internetową: [www.giodo.gov.pl](http://www.giodo.gov.pl).

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Administratorów Danych, są dostępne w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia lub na stronie internetowej Administratorów Danych pod adresem: <https://www.ca-assurances.com/en/about-us/polska>.

---

Data

---

Czytelny podpis Ubezpieczonego lub osoby zgłaszającej roszczenie