

Prosimy o kompletne i czytelne wypełnienie formularza.

1. Dane osoby ubezpieczonej

Imię i Nazwisko

Numer PESEL

--	--

Adres

--

Numer telefonu

Adres elektroniczny (email)

--	--

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

--

Status osoby ubezpieczonej: Pracujący(a) Emeryt(ka) Rencista(ka)

2. Dane osoby zgłaszającej roszczenie (w przypadku, gdy inna osoba niż w punkcie 1)

Imię i Nazwisko

--

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

--

Nazwa i adres placówki, która wystawiła kartę statystyczną do karty zgonu

--

 Całkowita niezdolność do pracy

Data zdarzenia

--

 Utrata zdolności do samodzielnej egzystencji

Data zdarzenia

--

 Czasowa niezdolność do pracy

Data zdarzenia

--

 Utrata pracy

Data zdarzenia

--

 Groźna choroba

Data zdarzenia

--

Nazwa / rodzaj groźnej choroby

--

4. Dane uzupełniające

Dane placówek medycznych, w których osoba ubezpieczona leczy bądź leczyła się w okresie pięciu lat poprzedzających zawarcie 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

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

Upoważniam w sposób nieodwołalny, także w przypadku śmierci, każdego lekarza, personel medyczny, zakład opieki zdrowotnej oraz zakład ubezpieczeń, który posiada o mnie informacje, do ujawnienia CACI Life Limited, CACI Non-Life Limited i jego reasekuratorom oraz Credit Agricole Service Sp. z o.o., świadczącej usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego, każdej odnoszącej się do mnie informacji o stanie zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (dotyczy zgłoszenia roszczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy, całkowitej niezdolności pracy, utraty zdolności do samodzielnej egzystencji oraz groźnej choroby).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez ubezpieczyciela, który będzie ich administratorem, na ich przekazywanie osobom trzecim, a także na ich przetwarzanie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.) w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonania umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że poinformowano mnie o dobrowolności wyrażenia zgody na przetwarzanie moich danych osobowych oraz o prawie dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Data

Czytelny podpis osoby ubezpieczonej lub zgłaszającej roszczenie

Data

Pieczęć placówki i czytelny podpis pracownika banku