

Formularz Zgłoszenia Roszczenia dla Kredytobiorców BGŻ BNP PARIBAS S.A.**PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ**

1. Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia w ramach ubezpieczenia przy kredycie ratalnym.
2. Należy podać wyczerpujące informacje i wypełnić wszystkie części druku.
3. Dokładne wypełnienie formularza oraz dołączenie wskazanych dokumentów umożliwi szybkie rozpatrzenie wniosku o wypłatę świadczenia.
4. W przypadku, kiedy przedłożone dokumenty są niewystarczające do zakończenia procedury weryfikacyjnej Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje.
5. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać listem poleconym na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., Dział Obsługi Roszczeń, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa
lub w przypadku Utraty pracy, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz
Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku
Cardif Assurances Risques Divers S.A., Dział Obsługi Roszczeń, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa.

W celu uzyskania pomocy w wypełnieniu formularza należy skontaktować się z Ubezpieczycielem.

Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9⁰⁰ – 17⁰⁰ pod numerem telefonu: **22 529 17 09.**

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO _____

PESEL _____ Numer Umowy _____

Data zdarzenia: ____ - ____ - _____

Prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola, z jakiego tytułu zgłaszane jest roszczenie:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> Pobyt w Szpitalu |
| <input type="checkbox"/> Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | <input type="checkbox"/> Czasowa niezdolność do pracy |
| <input type="checkbox"/> Trwała i całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> Utrata pracy |
| <input type="checkbox"/> Trwale i częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku |

W przypadku zgłoszenia z tytułu **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Pobytu w Szpitalu, Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data rozpoznania choroby ____ - ____ - _____ lub data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku ____ - ____ - _____

Adres _____ **przychodni** _____ **pierwszego** _____ **kontakt:** _____ Nazwa _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy ____ - ____ Miejscowość _____ Telefon _____

Dane lekarza pierwszego kontaktu: Imię i Nazwisko _____ Telefon _____

Prosimy o podanie nazw i adresów innych instytucji (przychodni specjalistycznych, szpitali), w których leczy się i leczyła się osoba ubezpieczona.

W przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku prosimy o podanie okoliczności wypadku oraz adresu i telefonu prokuratury / policji, w której toczy się postępowanie w sprawie zdarzenia.

Do niniejszego formularza należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- w przypadku **Zgonu Ubezpieczonego** lub **Zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, lub **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**:
 - 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 komunikacyjnego (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego);
 - dokument potwierdzający uprawnienia do kierowania pojazdem (np. prawo jazdy), w przypadku, gdy Ubezpieczony kierował pojazdem (w przypadku Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego);
 - dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego, (nie ma zastosowania do wypadku gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez pojazd będący w ruchu) - (w przypadku Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
- w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - o 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, komisję lekarską 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 (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
 - 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 (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
- w przypadku **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja potwierdzająca trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - o wzroku w obu oczach, lub
 - o co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
 - dokument określający przyczynę inwalidztwa Ubezpieczonego (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));
 - 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 wskutek 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),
 - 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) – jeżeli Pobyt w Szpitalu nastąpił wskutek 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).

Przed każdorazową wypłatą świadczenia:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego).
- w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego (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);

- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

Przed każdorazową wypłatą świadczenia:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (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));
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

Przed każdorazową wypłatą świadczenia:

- 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;
- dokumentację medyczną potwierdzającą kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio jednostka chorobowa - dokumentację medyczną dotyczącą tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy.

W przypadku zgłoszenia z tytułu **Utraty pracy** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data Utraty pracy: ____ - ____ - _____

Do niniejszego roszczenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
- zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę),
- zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.

Przed każdorazową wypłatą świadczenia:

- 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 _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy _____ - _____ Miejscowość _____

Tel. stacjonarny (____) _____ - _____ - _____ Tel. komórkowy _____ - _____ - _____

E-mail: _____

Wyrażam zgodę na przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych przez odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 lub 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 kamej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia.

Zostałem poinformowany/a, że podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne oraz, że przysługuje mi prawo dostępu do ich treści i prawo do ich poprawiania.

W przypadku zgłoszenia roszczenia upoważniam każdego lekarza do udzielenia Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. wszelkiej informacji medycznej, a także do udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia.

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji związanych ze zgłoszonym roszczeniem za pomocą komunikacji elektronicznej w szczególności za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym formularzu.

Data _____ Podpis zgłaszającego _____