



## Formularz Zgłoszenia Roszczenia dla Posiadaczy kart kredytowych Sygma Bank Polska S.A.

### PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ

1. Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia w ramach ubezpieczenia przy karcie kredytowej.
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 przesyłać 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  
**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 9<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup> pod numerem telefonu: **22 529 17 09.**

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

PESEL \_\_\_\_\_ Numer Wnioskopolis \_\_\_\_\_

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

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

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

W przypadku zgłoszenia z tytułu **Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, 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 zgonu \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Data rozpoznania choroby \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ lub data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Adres przychodni pierwszego kontaktu:** 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 toczyło się postępowanie w sprawie zdarzenia.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- w przypadku **Zgonu Ubezpieczonego / Zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku:**
  - 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.
  
- w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:**
  - orzeczenie lekarza orzecznika ZUS określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, orzeczoną na okres co najmniej 5 lat lub w odniesieniu do emerytów, rencistów lub osób prowadzących działalność rolniczą – orzeczenie o niemożności do samodzielnej egzystencji przyznane na okres 2 lat;
  - 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));
  - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (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:
    - wzroku w obu oczach, lub
    - 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;
  - 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:**
  - 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) – jeżeli Pobyt w Szpitalu nastąpił wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
  - 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 (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 (np.: wyciąg bankowy) 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));
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (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;
- dokumentacja medyczna potwierdzająca dalszy ciąg leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyna kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio - 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 lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy;
- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień 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 ubezpieczeniowego.

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 karnej 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.*

*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 \_\_\_\_\_