

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY
DLA KREDYTOBIORCÓW BANKU BGŻ BNP PARIBAS S.A.****PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ**

1. Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia z tytułu **utruty pracy** kredytobiorcy.
2. Należy podać wyczerpujące informacje i wypełnić wszystkich 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:

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 52**.

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;
- zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- ewentualnie 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 UBEZPIECZONEGO _____

PESEL _____ Numer umowy _____

Data a utraty pracy ____-____-_____

Sposób rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego na podstawie Kodeksu Pracy:

 za wypowiedzeniem inne _____

Data przyznania prawa do pobierania zasiłku dla osób bezrobotnych ____ - ____ - _____

Status zatrudnienia Ubezpieczonego w dniu zdarzenia:

 umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony umowa o pracę zawarta na czas określony umowa zlecenie umowa o dzieło inne _____**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE** _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Tel. stacjonarny (____) _____ - _____ - _____ w godz. (:) Tel. komórkowy _____ - _____ - _____ w godz. (:)

E-mail: _____

Wyrażam zgodę na przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych przez 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 karej 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 _____