

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU KREDYTOBIORCY  
BANKU BGŻ BNP PARIBAS S.A.****PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ**

1. Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu 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:

**Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska 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 52**.

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

- 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 Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę),
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

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

PESEL \_\_\_\_\_ Numer umowy \_\_\_\_\_

Data zgonu \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Przczyzna Zgonu \_\_\_\_\_

Miejsce zgonu:  szpital  dom  inne \_\_\_\_\_**Adres placówki stwierdzającej zgon:** Nazwa \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr.lok. \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Adres przychodni pierwszego kontaktu:** Nazwa \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr.lok. \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Dane lekarza pierwszego kontaktu:** Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_ Tel. kontaktowy \_\_\_\_\_

**Prosimy o podanie nazw i adresów innych instytucji (przychodni specjalistycznych, szpitali), w których leczyła się osoba ubezpieczona. W przypadku zgonu z powodu następstw nieszczęśliwego wypadku należy podać okoliczności wypadku oraz adres i telefon prokuratury / policji, w której toczyło się postępowanie w sprawie zdarzenia.**

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

**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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą 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.*

*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 \_\_\_\_\_