



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU 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 **pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku** 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 9⁰⁰ – 17⁰⁰ pod numerem telefonu: **22 529 17 52**.

Do niniejszego roszczenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (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 nabyciu przez daną osobę uprawnień do renty lub emerytury lub inne aktualne na Dzień zajścia zdarzenia zaświadczenie odnośnie źródła dochodu otrzymywanego przez Ubezpieczonego;
- ewentualnie 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).

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO

PESEL _____ Numer umowy _____

Data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku: ____ - ____ - ____

Miejsce wystąpienia wypadku: _____

Prosimy o podanie okoliczności wypadku oraz nazwy i adresu prokuratury / policji prowadzącej 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 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 _____