

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI LEASINGOBIORCY/POŻYCZKOBIORCY BZ WBK LEASING S.A.
UBEZPIECZONEGO W TOWARZYSTWIE UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE CARDIF POLSKA S.A.****PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ**

1. Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci Leasingobiorcy/Pożyczkobiorcy.
2. Prosimy o podanie wyczerpujących informacji i wypełnienie wszystkich części druku.
3. Dokładne wypełnienie formularza oraz dołączenie wskazanych dokumentów umożliwi szybkie rozpatrzenie wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Jeżeli osoba ubezpieczona miała kilka leasingów/pożyczek udzielonych przez BZ WBK Leasing SA, należy w polu „Nr umowy leasingu/pożyczki” podać wszystkie numery umów.
5. W przypadku, kiedy przedłożone dokumenty są niewystarczające do rozpatrzenia roszczenia zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje.
6. Prosimy, aby pierwszą stroną formularza wypełniła osoba zgłaszająca roszczenie, drugą stroną prosimy przekazać do wypełnienia lekarzowi pierwszego kontaktu.
7. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać listem poleconym na adres:
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., Dział Obsługi Roszczeń, ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa.

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt z nami. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w godzinach 9⁰⁰ – 17⁰⁰ pod numerem telefonu: **022 529 17 27**.

Do zgłoszenia roszczenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- odpis skrócony aktu zgonu
- dokument określający przyczynę zgonu (np. karta zgonu, wypis ze szpitala, zaświadczenie od lekarza)
- w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej z powodu następstw nieszczęśliwego wypadku - kopia decyzji o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę oraz innych posiadanych dokumentów dotyczących zdarzenia
- w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej z przyczyn naturalnych – kopia dokumentacji medycznej ewentualnego leczenia Leasingobiorcy/Pożyczkobiorcy, która jest w Państwa posiadaniu
- (Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, która stanowi element treści umowy leasingu/pożyczki)

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO _____

PESEL _____ Nr umowy leasingu/pożyczki _____

Data zgonu (dd-mm-rrrr) ____-____-____ 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 _____ Telefon _____

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. (____) ____-____-____ w godz. (____) ____-____-____

Wyrażam zgodę na przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia. Upoważniam BZ WBK LEASING S.A. do przekazania niniejszego druku do Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.

Data _____ Podpis zgłaszającego _____

OŚWIADCZENIE LEKARZA –

Imię i Nazwisko Ubezpieczonego	PESEL <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

do roszczeń z tytułu śmierci

Miejsce zamieszkania Ubezpieczonego	DATA ZGONU (dzień, miesiąc, rok) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

Miejsce zgonu: <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> inne	Nazwa, adres i telefon placówki wystawiającej kartę zgonu (ewentualnie pieczętka)
---	---

Przyczyna zgonu a. Bezpośrednia b. Wtórna c. Wyjściowa	Sekcja zwłok: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
---	---

W przypadku, gdy śmierć nastąpiła w wyniku wypadku / samobójstwa / zabójstwa proszę podać okoliczności.

Czy pacjent był leczony w ciągu ostatnich 5 lat z powodu chorób przewlekłych? TAK NIE

Jeśli tak to proszę podać następujące informacje:

L.p.	Nazwa choroby lub obrażenia (ewentualnie kod ICD-10)	Data rozpoznania i/lub hospitalizacji	Nazwa i adres placówki medycznej
1			
2			
3			
4			
5			

Oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

Data.....

Pieczęć i podpis