

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY  
LEASINGOBIORCY/POŻYCZKOBIORCY BZ WBK LEASING S.A. UBEZPIECZONEGO W TOWARZYSTWIE  
UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE**

**PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ**

1. Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia z tytułu **czasowej niezdolności do pracy** 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 ma kilka leasingów/pożyczek udzielonych przez BZ WBK Leasing S.A., należy w polu „Nr umowy leasingu/pożyczki” podać wszystkie numery umów.
5. W przypadku, kiedy przedłożone dokumenty są niewystarczające do zakończenia procedury weryfikacyjnej 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 9<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup> pod numerem telefonu: **022 529 17 27**.

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

- zaświadczenia lekarskie (L4) określające przewidywany okres przerwy w pracy lub jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia choroby lub karta informacyjna leczenia szpitalnego
- dowody wypłaty zasiłku chorobowego ZUS lub dowody wypłat zasiłku chorobowego wypłacanego przez zakład pracy za okres niezdolności do pracy
- dokumentacja medyczna wskazująca przyczynę czasowej niezdolności do pracy
- (Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, która stanowi element treści umowy leasingu/pożyczki)

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

PESEL \_\_\_\_\_ Nr umowy leasingu/pożyczki \_\_\_\_\_

Data wystąpienia czasowej niezdolności (dd-mm-rrrr) \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Przyczyna czasowej niezdolności do pracy:**

nieszczęśliwy wypadek  choroba (prosimy o podanie jaka) \_\_\_\_\_

**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 leczy się i leczyła się osoba ubezpieczona.**

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

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE** \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lok \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Tel. stacjonarny (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ w godz. (\_\_\_\_) Tel. komórkowy \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

