



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU 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 **pobytu w szpitalu** 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 przestać 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:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego)
- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku lub dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby u Ubezpieczonego
- w przypadku pobytu w szpitalu Ubezpieczonego z powodu następstw nieszczęśliwego wypadku - kopia decyzji o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę oraz innych posiadanych dokumentów dotyczących zdarzenia
- (Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, która stanowi element treści umowy leasingu/pożyczki)

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO

PESEL _____ Nr umowy leasingu/pożyczki _____

Data przyjęcia do szpitala (dd-mm-rrrr) ____ - ____ - ____ Data wypisu ze szpitala (dd-mm-rrrr) ____ - ____ - ____

Przyczyna pobytu w szpitalu:

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 leczysz 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 _____

