



FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
Grupowe Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków
„Na wszelki wypadek”
na rzecz Abonentów T-Mobile

PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ

1. Prosimy o podanie wyczerpujących informacji i wypełnienie wszystkich części druku.
2. Dokładne wypełnienie formularza oraz dołączenie wskazanych dokumentów umożliwi szybkie rozpatrzenie wniosku o wypłatę świadczenia.
3. W przypadku, kiedy przedłożone dokumenty są niewystarczające do zakończenia procedury weryfikacyjnej, zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje.
4. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać listem poleconym na adres:

**Cardif Assurances Risques Divers S.A., Dział Obsługi Roszczeń,
Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa**

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt z nami. Pozostajemy do Państwa dyspozycji **od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00 – 17.00** pod numerem telefonu **22 529 17 94**.

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO : _____

PESEL _____ NUMER UBEZPIECZENIA _____

Powód zgłoszenia roszczenia:

- Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
- Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
- Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

Proszę uzupełnić poniższe dane:

data zdarzenia ____ - ____ - _____

data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku ____ - ____ - _____

Nazwa i adres policji lub prokuratury prowadzących postępowanie:

Opis okoliczności wypadku:

