



FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na wszelki wypadek”
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:

Do niniejszego roszczenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

W przypadku POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

- kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Szpitalu (np.: karta informacyjna leczenia szpitalnego lub inny dokument, który wystawia Szpital w trakcie trwania Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu),
- kopię dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia),
- kopię dokumentu potwierdzającego dopuszczenie Pojazdu do ruchu oraz kopię dokumentu potwierdzającego uprawnienia do kierowania Pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym Pojazd,
- kopię dokumentu tożsamości.

W przypadku ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

- własnoręcznie podpisane wskazanie sposobu spełnienia świadczenia przez osoby uposażone (numer rachunku bankowego),
- kopię odpisu aktu zgonu,
- kopię dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
- opis okoliczności i przyczyn zdarzenia,
- kopię dokumentacji medycznej z leczenia powypadkowego Ubezpieczonego,
- kopię dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku),
- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osób uposażonych.

W przypadku ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO:

- własnoręcznie podpisane wskazanie sposobu spełnienia świadczenia przez osoby uposażone (numer rachunku bankowego),
- kopię odpisu aktu zgonu,
- kopię dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
- kopię dokumentacji medycznej z leczenia powypadkowego Ubezpieczonego,
- kopię dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia),
- kopię dokumentu potwierdzającego dopuszczenie Pojazdu do ruchu oraz kopię dokumentu potwierdzającego uprawnienia do kierowania Pojazdem –w przypadku, gdy Ubezpieczony był prowadzącym Pojazd,
- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osób uposażonych.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE: _____

PESEL _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ____ - ____ - ____ Miejscowość _____

Tel. stacjonarny (____) _____ - _____ - _____ Tel. komórkowy _____ - _____ - _____

Adres e-mail _____

Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać należne świadczenie:

____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

w Banku _____

Wyrażam zgodę na przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych przez Cardiff Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce 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 osoby zgłaszającej/uposażonej/uprawnionej* _____

* w przypadku roszczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na formularzu zgłoszenia roszczenia powinien podpisać się Uprawniony, natomiast w przypadku roszczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego powinien podpisać się Uposażony.