



Instrukcja postępowania

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.
4. W przypadku, kiedy przedłożone dokumenty okażą się niewystarczające do zakończenia procedury weryfikacyjnej zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje.
5. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać listem poleconym na adres:

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

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt pod numerem telefonu: **(22) 529 17 75**. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9⁰⁰ do 17⁰⁰.

Dane Ubezpieczonego

Imię _____ Nazwisko _____
PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Seria i nr dowodu osobistego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer umowy o kredyt odnawialny / o kartę kredytową _____

Dane dotyczące zdarzenia

Zgłaszam roszczenie z tytułu : *

- Zgon ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
 Utrata stałego źródła dochodu
 Czasowa niezdolność do pracy
 Poważne zachorowanie (zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy (rak), operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass), przeszczep narządu).

* proszę zaznaczyć odpowiednie pole

w przypadku zgłoszenia z tytułu POWAŻNEGO ZACHOROWANIA oraz CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY oraz ZGONU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU prosimy wypełnić poniższe dane:

Data rozpoznania choroby _____ lub data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku _____

Adres przychodni pierwszego kontaktu

Nazwa _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok. _____
Kod pocztowy

--	--	--

 -

--	--	--	--

 Miejscowość _____
Telefon _____

Dane lekarza pierwszego kontaktu

Imię i Nazwisko _____ Telefon _____

Prosimy o podanie nazw i adresów instytucji (przychodni specjalistycznych, szpitali), w których leczy się i leczyła osoba ubezpieczona.

W przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku prosimy o podanie okoliczności wypadku oraz adresu i telefonu prokuratury / policji, w której toczyło się postępowanie w sprawie zdarzenia

Dane zgłaszającego

Imię _____ Nazwisko _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok. _____
Kod pocztowy – Miejscowość _____
Telefon stacjonarny _____ Telefon komórkowy _____

Wypłata świadczenia

Należne świadczenie proszę przekazać:

na rachunek:

przekazem pieniężnym na adres: _____

Wyrażam zgodę na przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych przez Cardif Assurances Risques Divers S.A. w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia.

Upoważniam Sygma Bank Polska S.A. (Spółka Akcyjna) do przekazania niniejszego druku do Cardif Assurances Risques Divers S.A.

Data _____

Podpis Zgłaszającego _____

Wymagane dokumenty

Do zgłoszenia roszczenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

1. W przypadku ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:
 - kopię dokumentów potwierdzających tożsamość osób Uposażonych,
 - kopię odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenie lub kopię dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu (np. karta zgonu),
 - kopię dokumentu potwierdzającego wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa),
 - opis lub protokół z wypadku zawierający informacje dotyczące okoliczności oraz datę zdarzenia,

2. W przypadku UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU:
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie przez Ubezpiezonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych na koniec 60-dniowego okresu od Utraty Stałego Źródła Dochodu (dokumenty powinny stanowić potwierdzenie pobrania zasiłku wraz ze wskazaniem kwoty zasiłku, okresu i liczby dni za jakie zasiłek został pobrany),
 - kopię dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia w dniu zdarzenia (np. umowa o pracę)
 - kopię dokumentu określającego tryb rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego (np. świadectwo pracy lub służby)
 - kopię dokumentu potwierdzającego wynagrodzenie netto z ostatniego miesiąca, w którym Ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy lub stosunku służbowym,
Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego (po upływie każdego 30-dniowego okresu):
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego,

3. W przypadku POWAŻNEGO POWAŻNEGO ZACHOROWANIA:
 - kopię dokumentacji medycznej związanej z rozpoznaniem Poważnego Zachorowania,
 - kopię dokumentu potwierdzającego źródło dochodu w dniu zajścia zdarzenia,

4. W przypadku CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:
 - kopię dokumentu potwierdzającego zatrudnienie, w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w oparciu o umowę o pracę zawartą na czas określony lub zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej,
 - dokument potwierdzający wynagrodzenie netto z miesiąca, w którym Ubezpieczony stał się czasowo niezdolny do pracy - dotyczy osób nie prowadzących działalności gospodarczej,
 - kopię dokumentacji medycznej związanej z czasową niezdolnością do pracy
 - kopię dokumentu umożliwiającego ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania czasowej niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
 - kopię zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA)
 - kopię zaświadczenia potwierdzającego kwotę przyznanego zasiłku chorobowego.