CARDIF BNP PARIBAS GROUP

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

Ubezpieczenie Grupowe NNW Posiadaczy Kredytów Odnawialnych Sygma Bank Polska S.A.

I. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____ Seria i numer dowodu osobistego _____

Kod pocztowy ___-___ Miejscowość _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Telefon kontaktowy _____

II. DANE POSIADACZA KREDYTU ODNAWIALNEGO

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____ Seria i numer dowodu osobistego _____

Nr Umowy o kredyt odnawialny _____

Kod pocztowy ___-___ Miejscowość _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

III. DANE MAŁŻONKA LUB DZIECKA *

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____ Seria i numer dowodu osobistego _____

Kod pocztowy ___-___ Miejscowość _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

* wypełnić w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Małżonka lub Dziecka Posiadacza Kredytu Odnawialnego.

IV. PRZEDMIOT WNIOSKOWANIA I WYMAGANE DOKUMENTY

☐ **Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku:**
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego,
- kserokopia dokumentu potwierdzającego pozostawanie w związku małżeńskim w dniu wystąpienia zdarzenia (dokument wymagany w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Małżonka Posiadacza Kredytu Odnawialnego),
- akt zgonu Ubezpieczonego, skrócony odpis aktu zgonu lub notarialnie poświadczona kopia tych dokumentów,
- dokument stwierdzający przyczynę zgonu,
- dokument potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny, decyzja prokuratury o umorzeniu śledztwa).

☐ **Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku:**
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uprawnionego,
- kserokopia dokumentu potwierdzającego pozostawanie w związku małżeńskim w dniu wystąpienia zdarzenia (dokument wymagany w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Małżonka Posiadacza Kredytu Odnawialnego),
- kserokopia aktu urodzenia Dziecka (dokument wymagany w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Dziecka Ubezpieczonego),
- dokumentacja medyczna stwierdzająca pobyt w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- dokument potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny, decyzja prokuratury o umorzeniu śledztwa).

☐ **Pobyt w szpitalu celem leczenia choroby:**
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uprawnionego,
- kserokopia dokumentu potwierdzającego pozostawanie w związku małżeńskim w dniu wystąpienia zdarzenia (dokument wymagany w przypadku, gdy roszczenie dotyczy Małżonka Posiadacza Kredytu Odnawialnego),
- dokumentacja medyczna stwierdzająca pobyt w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

Nazwa i adres policji lub prokuratury prowadzącej postępowanie: _____

_____

V. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

Świadczenie z tytułu przedmiotowej szkody proszę wypłacić przelewem na rachunek bankowy o numerze:

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

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

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Data: (dd / mm / rrrr) _____