



FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO
W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
UBEZPIECZENIE GRUPOWE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
DLA KLIENTÓW SYGMA BANK POLSKA S.A.

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 52917 42.

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO: _____

PESEL _____ Seria i numer dowodu osobistego _____

Numer umowy o kredyt odnawialny _____

Do niniejszego roszczenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- Urzędowy dokument potwierdzający datę Urodzenia Ubezpieczonego
- Dokument potwierdzający tożsamość Uposażonych
- Odpis aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci
- Dokument potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, np.: raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE: _____

PESEL _____

ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: _____ - _____ Miejscowość _____

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

Należne świadczenie proszę przekazać:

na rachunek nr: _____ w Banku _____

Ja niżej podpisany(-a) oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe, wyczerpujące i poprawnie wpisane.

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Cardif Assurances Rsques Divers S.A., Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia.

Upoważniam Sygma Bank Polska S.A. do przekazania niniejszego druku do Cardif Assurances Rsques Divers S.A.

Data _____ - _____ - _____ Podpis osoby zgłaszającej: _____