



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPOWODOWANEJ LECZENIEM SZPITALNYM NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LEASINGOBIORCY EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU LEASINGOWEGO S.A. UBEZPIECZONEGO W TOWARZYSTWIE UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE CARDIF POLSKA S.A.

PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ

1. Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia z tytułu **czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku** leasingobiorcy.
2. Prosimy o podanie wyczerpujących informacji i wypełnienie wszystkich części druku.
3. Dokładne wypełnienie formularza oraz dołączenie wskazanych dokumentów umożliwi szybkie rozpatrzenie wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Jeżeli osoba ubezpieczona posiadała kilka umów leasingowych, należy w polu „Nr umowy leasingu” podać wszystkie numery umów.
5. W przypadku, kiedy przedłożone dokumenty są niewystarczające do rozpatrzenia roszczenia zastrzegamy sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje.
6. Prosimy aby pierwszą stronę formularza wypełniła osoba zgłaszająca roszczenie, drugą stronę prosimy przekazać do wypełnienia lekarzowi pierwszego kontaktu.
7. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać listem poleconym na adres:
TUnŻ Cardif Polska S.A., Dział Obsługi Roszczeń, pl. 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 9⁰⁰ – 17⁰⁰ pod numerem telefonu: **22 529 17 11.**

Do niniejszego roszczenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- historia choroby lub karta informacyjna leczenia szpitalnego związanego z wypadkiem
- dokument potwierdzający wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, np.: raport policyjny, decyzja prokuratury o umorzeniu śledztwa.

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO _____

PESEL _____ Nr umowy leasingu _____

Data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku: ____ - ____ - _____

Miejsce wystąpienia wypadku _____

Prosimy o podanie okoliczności wypadku oraz adres i telefon prokuratury / policji, w której toczyło się postępowanie w sprawie zdarzenia.

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

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

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

Adres e-mail _____

Wyrażam zgodę na przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych przez TUnŻ Cardif Polska S.A. w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia. Upoważniam EFL S.A. do przekazania niniejszego druku do TUnŻ Cardif Polska S.A.

Data _____ Podpis zgłaszającego _____



OŚWIADCZENIE LEKARZA

do roszczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku

Imię i nazwisko Ubezpieczonego	PESEL <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												

Miejsce zamieszkania Ubezpieczonego

Nazwa, oddział, adres i telefon placówki pierwszej hospitalizacji (ewentualnie pieczętka)	Data powstania niezdolności do pracy* (dzień, miesiąc, rok) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							* Za datę powstania niezdolności do pracy przyjmuje się pierwszy dzień pierwszej hospitalizacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
Data zakończenia pierwszej hospitalizacji* (dzień, miesiąc, rok) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							* Proszę podać dzień wypisu ze szpitala	

Jeżeli po pierwszej hospitalizacji nastąpiły kolejne hospitalizacje, podczas których nadal leczono Ubezpieczonego z powodu skutków nieszczęśliwego wypadku proszę podać ich terminy:

Pierwszy dzień kolejnej hospitalizacji (dzień, miesiąc, rok) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													Ostatni dzień kolejnej hospitalizacji (dzień, miesiąc, rok) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													Nazwa, oddział, adres i telefon placówki kolejnej hospitalizacji

Proszę podać okoliczności powstania nieszczęśliwego wypadku:
--

Miejsce wypadku:	Jeśli było prowadzone postępowanie wyjaśniające, proszę wskazać prokuraturę:
------------------	--

Czy według posiadanej wiedzy Ubezpieczony w chwili nieszczęśliwego wypadku pozostawał pod wpływem;		
<input type="checkbox"/> alkoholu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> środków odurzających (jakie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> leków (jakie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> Nie wiem	<input type="checkbox"/> Nie wiem

Oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

Data.....

Pieczęć i podpis.....