



**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU 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 zgonu 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 stroną formularza wypełniła osoba zgłaszająca roszczenie, drugą stroną 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:

- odpis skrócony aktu zgonu
- dokument określający przyczynę zgonu (np. karta zgonu, wypis ze szpitala, zaświadczenie od lekarza)
- w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej z powodu następstw nieszczęśliwego wypadku - kopia decyzji o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę oraz innych posiadanych dokumentów dotyczących zdarzenia
- w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej z przyczyn naturalnych – kopia dokumentacji medycznej ewentualnego leczenia leasingobiorcy, która jest w Państwa posiadaniu;

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO _____
PESEL _____ Nr umowy leasingu _____
Data zgonu ____-____-____ Przcyna zgonu _____
Miejsce zgonu: szpital dom inne _____
Adres placówki stwierdzającej zgon: Nazwa _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____
Kod pocztowy ____-____ Miejscowość _____ Telefon _____
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 innych instytucji (przychodni specjalistycznych, szpitali), w których leczyla się osoba ubezpieczona.
W przypadku zgonu z powodu następstw nieszczęśliwego wypadku należy podać okoliczności wypadku oraz adres i telefon prokuratury/
policji, w której toczyło się postępowanie w sprawie zdarzenia.

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 zgonu

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><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					

Miejsce zamieszkania Ubezpieczonego	DATA ZGONU (dzień, miesiąc, rok) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

Miejsce zgonu: <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> inne	Nazwa, adres i telefon placówki wystawiającej kartę zgonu (ewentualnie pieczętka)
---	---

Przyczyna zgonu a. Bezpośrednia b. Wtórna c. Wyjściowa	Sekcja zwłok: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
---	---

W przypadku, gdy śmierć nastąpiła w wyniku wypadku / samobójstwa / zabójstwa proszę podać okoliczności.

Jeśli było prowadzone postępowanie wyjaśniające, proszę wskazać prokuraturę:

Siedziba prokuratury / policji prowadzącej postępowanie wyjaśniające
.....

Czy pacjent był leczony w ciągu ostatnich 5 lat z powodu chorób przewlekłych? TAK NIE

Jeśli tak to proszę podać następujące informacje:

L.p.	Nazwa choroby lub obrażenia (ewentualnie kod ICD-10)	Data rozpoznania i/lub hospitalizacji	Nazwa i adres placówki medycznej
1			
2			
3			
4			
5			

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

Data.....

Pieczęć i podpis.....