



FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
dla Klientów BNP Paribas Bank Polska S.A.
w ramach ubezpieczenia „Plan wsparcia w chorobie”

Zachęcamy do elektronicznego zgłoszenia roszczenia na stronie internetowej: www.cardif.pl

*W PRZYPADKU NIESKORZYSTANIA Z ELEKTRONICZNEGO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
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/ dokumenty.
4. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać pocztą elektroniczną na adres mailowy: roszczenia@cardif.pl lub listem poleconym na adres:

**Cardif Assurances Risques Divers S.A., Oddział w Polsce, Dział Obsługi Roszczeń,
ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa**

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9⁰⁰ – 17⁰⁰.

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO: _____

PESEL _____ NUMER UMOWY _____

Proszę zaznaczyć odpowiednie pole, z jakiego Zdarzenia zgłaszane jest roszczenie:

PAKIET ONKO:

- Nowotwór (rak) złośliwy
 Nowotwór (rak) in situ

PAKIET KARDIO:

- Udar mózgu
 Zawał serca
 Przeszczep serca
 Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)

Data wystąpienia zdarzenia: ____-____-____

Prosimy o podanie nazw i adresów innych instytucji (przychodni specjalistycznych, szpitali), w których leczy się/ leczył się Ubezpieczony:

Do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej do otrzymania świadczenia;
- dokumentację potwierdzającą przebycie operacji lub wystąpienie jednostki chorobowej;
- dokumentację medyczną dotyczącą leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE: _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy: ____ - ____ - ____ Miejscowość _____

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

E-mail: _____

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji związanych z roszczeniem, również w przypadku zgłoszenia reklamacji, za pomocą komunikacji elektronicznej w szczególności za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym formularzu.

