



FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

dla Pożyczkobiorcy Santander F24 S.A.

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, gdy przedłożone dokumenty okażą się 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 **roszczenia@cardif.pl**

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt z nami pod numerem telefonu **22 529 17 27**. 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 tytułu zgłaszane jest roszczenie:

- Zgon Ubezpieczonego
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy
- Poważne zachorowanie
- Pobyt w Szpitalu
- Utrata pracy

W przypadku zgłoszenia z tytułu **ZGONU UBEZPIECZONEGO, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA lub POBYTU W SZPITALU** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data wystąpienia zdarzenia: ____ - ____ - _____

Przyczyna wystąpienia zdarzenia: nieszczęśliwy wypadek choroba

Adres placówki stwierdzającej zgon (w przypadku ryzyka ZGON UBEZPIECZONEGO):

Nazwa: _____

ulica: _____ Nr _____ Kod pocztowy: ____ - ____ Miejscowość _____

Telefon: _____

Adres przychodni pierwszego kontaktu:

Nazwa: _____

ulica: _____ Nr _____ Kod pocztowy: ____ - ____ Miejscowość _____

Telefon: _____

W przypadku braku informacji o nazwie lub adresie przychodni, prosimy o podanie poniższych danych

Dane lekarza pierwszego kontaktu:

Imię i Nazwisko: _____

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

W przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku prosimy o podanie okoliczności wypadku oraz adresu i telefonu prokuratury / policji, w której toczyło się postępowanie w sprawie zdarzenia:

Do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

W przypadku ZGONU UBEZPIECZONEGO:

- odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
- dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
- jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- kopię dowodu osobistego osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia;
- inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;

W przypadku TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:

- odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU;
- dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

W przypadku POWAŻNEGO ZACHOROWANIA:

- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań;
- jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;

W przypadku POBYTU W SZPITALU:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

Przed każdą wypłatą kolejnego miesięcznego Świadczenia miesięcznego należy dołączyć następujące dokumenty:

- dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokość Świadczenia.

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **UTRATY PRACY** prosimy wypełnić poniższe dane:

Data Utraty Pracy: ____ - ____ - _____

Data przyznania prawa do zasiłku dla bezrobotnych: ____ - ____ - _____

Status zatrudnienia Ubezpieczonego w dniu zdarzenia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony | <input type="checkbox"/> umowa zlecenie |
| <input type="checkbox"/> umowa o pracę zawarta na czas określony | <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza |
| <input type="checkbox"/> inne _____ | |

Do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- o w odniesieniu do osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej:
 - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia, którego dotyczy Zdarzenie lub kopii oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy;
 - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w ostatnim dniu danego okresu (dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia);
zaświadczenie o posiadanych powierzchniach użytków rolnych (dotyczy Rolnika poszukującego pracy);
inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
- o w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą:
 - oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia działalności:
 - z powodu ponoszenia strat w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej lub
 - w przypadku, gdy łączny skumulowany wynik z prowadzonej działalności gospodarczej za ostatnie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzające Zdarzenie, jest ujemny
 - wraz z dołączonymi dokumentami potwierdzającymi opisaną przyczynę zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej (np.: księga przychodów i rozchodów prowadzonej działalności, odpowiednie deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia);
 - zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z CEIDG lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości;
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w ostatnim dniu danego okresu (dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia);
 - zaświadczenie o uzyskaniu Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych (jeżeli przysługuje);
 - zaświadczenie o posiadanych powierzchniach użytków rolnych (dotyczy Rolnika poszukującego pracy);
 - wypis z CEIDG lub numer wpisu z odpowiedniego rejestru;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokość Świadczenia.

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.

