

Wniosek o wypłatę świadczenia - Ubezpieczenie utraty gotówki kredytobiorców Banku Pocztowego S.A.

Numer szkody: Numer polisy

(wypełnia ubezpieczyciel)

I. Data zdarzenia: □□-□□-□□□□ (godzina) (miejsowość, adres)
II. Dane ubezpieczonego: Imię i nazwisko: Numer PESEL: Adres □□ □□□ (miejsowość) (ulica, nr domu, nr mieszkania) Telefony/adresy e-mail: Nr rachunku, z którego dokonano wypłaty Gotówki: Data i godzina pobrania Gotówki w placówce bankowej: □□-□□-□□□□ (godzina)
III. Dane ubezpieczającego: Bank Pocztowy S.A.
IV. Informacje dotyczące zdarzenia: Okoliczności powstania szkody (stwierdzone lub domniemane):
V. Wysokość szkody:
VI. O szkodzie powiadomiono: <input type="checkbox"/> Policję w <input type="checkbox"/> Inne -
VII. Do wniosku o wypłatę świadczenia załączam (oryginały lub potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego kopie): <input type="checkbox"/> Potwierdzenie zgłoszenia zdarzenia na Policję <input type="checkbox"/> Informacja na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego z potwierdzeniem operacji polegających na wypłacie Gotówki w placówce bankowej oraz daty wypłaty Gotówki wraz ze wskazaniem lokalizacji placówki. <input type="checkbox"/> inne dokumenty.....
VIII. Przyznane świadczenie proszę: <input type="checkbox"/> przelać na konto:..... <input type="checkbox"/> inne:.....
IX. Oświadczenia: 1. Oświadczam, że informacje zamieszczone w niniejszym druku podałem/am zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/na, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych. 2. Oświadczam, że z tytułu zaistniałej szkody nie otrzymałem/am odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń i nie ubiegam się o odszkodowanie w innym zakładzie lub innej jednostce TU EUROPA SA. 3. Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego odszkodowania, w terminie 7 dni od daty wezwania przez TU EUROPA SA, jeżeli zostaną ujawnione inne okoliczności niż przyjęte za podstawę do ustalenia stanu faktycznego i wypłaty odszkodowania. 4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że: - Administratorem danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2- 4 - Dane będą przetwarzane w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia - Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania - Przekazanie danych jest dobrowolne
Imię i nazwisko Seria i nr dok. tożsamości..... Miejscowość..... Data □□-□□-□□□□, podpis
Data pieczęć i podpis osoby przyjmującej zawiadomienie

W przypadku braku informacji, wpisać „NIE WIEM”