

Wniosek o wypłatę świadczenia

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie

UBEZPIECZONY (KREDYTOBIORCA):	
Imię	Nazwisko.....Nr telefonu
Nr PESEL	Nr umowy kredytu.....
Nazwa i adres przychodni lub lekarza prowadzącego Ubezpieczonego (nie wskazanie danych spowoduje wydłużenie terminu realizacji świadczenia):	
.....	
ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE*:	
Imię	Nazwisko.....
Telefon.....	Adres.....

*Osoba powiadamiająca BANK POCZTOWY S.A. / ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ o zdarzeniu.

Wykaz dokumentów, których kopie potwierdzone przez przedstawiciela Banku za zgodność z oryginałem należy dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia (zaznaczyć krzyżykiem załączone do wniosku kopie dokumentów):

<input type="checkbox"/> UTRATA STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU Do zgłoszenia należy dołączyć: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kopię świadectwa pracy albo oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego (w przypadku osób fizycznych pozostających w stosunku pracy) <input type="checkbox"/> Kopię zaświadczenia o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą) <input type="checkbox"/> Postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości Przedsiębiorstwa (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą) <input type="checkbox"/> Zaświadczenie (lub inny dokument z Urzędu Skarbowego, iż w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego Przedsiębiorstwo Ubezpieczonego ponosiło stratę (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą) <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o statusie bezrobotnego <input type="checkbox"/> Aktualny harmonogram spłat rat kredytu <input type="checkbox"/> Informacje o kwocie ostatniej raty, której termin płatności upłynął przed datą utraty pracy Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego należy dołączyć: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aktualny dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych* <input type="checkbox"/> Oświadczenie Ubezpieczonego, iż aktywnie poszukuje pracy
<input type="checkbox"/> ZGON UBEZPIECZONEGO Do zgłoszenia należy dołączyć: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Odpis aktu zgonu ubezpieczonego, <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu), <input type="checkbox"/> Aktualny harmonogram spłat kredytu, <input type="checkbox"/> Informacja o wysokości salda zadłużenia kapitałowego oraz 2 rat odsetkowych za miesiąc, w którym nastąpił zgon, oraz za miesiąc kolejny.
Raport Policji (Prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku.

Na powyższe pytania udzielono odpowiedzi zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

*aktualny dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych należy okazać pracownikowi Banku lub Zakładowi Ubezpieczeń.

Ja, niżej podpisany/a, zgłaszam roszczenie wypłaty z tytułu zgonu*/ ubezpieczenia utraty stałego źródła dochodu Ubezpieczonego i zgadzam się (w przypadku ubezpieczenia na życie), aby pisemne oświadczenie lekarzy, którzy leczyli Ubezpieczonego i opiekowali się nim oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji zgonu.

Niniejszym wyrażam zgodę, zgodnie z art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002, Nr 101. poz. 926 z późn. zm), na przetwarzanie przez TU na Życie EUROPA SA*/TU EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 2-4 moich danych osobowych w sposób konieczny do rozpatrzenia roszczenia.

Zostałem(am) poinformowany(na) o tym, że TU na Życie EUROPA SA*/TU EUROPA SA jest administratorem moich danych osobowych i przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

* niepotrzebne skreślić

DATA, MIEJSCOWOŚĆ

PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

DANE PRZEDSTAWICIELA BANKU (OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK):Imię Nazwisko.....
Telefon..... Adres:**DATA, MIEJSCOWOŚĆ****PODPIS PRZEDSTAWICIELA BANKU
(osoby zgłaszającej wniosek)**

Dane Departamentu Monitoringu i Windykacji:

Adres:

Telefon: fax. (52) 34 99 228 Adres mailowy:

Nr konta bankowego:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000092396, o numerze REGON 932716961 i numerze NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony: 37 200 000 zł,

Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000002736, o numerze REGON 272324625 i numerze NIP 8951007276, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony: 31 500 000 zł.