

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Numer szkody:

Numer polisy:

(wypełnia ubezpieczyciel)

DANE UBEZPIECZONEGO:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

Numer Umowy o pożyczkę:

Adres do korespondencji:

-

(kod pocztowy)

(miejscowość)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(telefony)

(adresy email)

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO:

Nazwa:

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA (zaznaczyć krzyżykiem zdarzenie, którego dotyczy wniosek):

- UTRATA STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY HOSPITALIZACJA
 ZGON ZGON WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU POWAŻNE ZACHOROWANIE

Przyczyna i okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:

Adres przychodni lub lekarza rodzinnego Ubezpieczonego:

WYKAZ DOKUMENTÓW, KTÓRE NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA (zaznaczyć krzyżykiem załączone do wniosku dokumenty):

Do Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zaistnienia każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych należy dołączyć:

UTRATA STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU

Do zgłoszenia należy także dołączyć:

potwierdzony przez Bank aktualny harmonogram spłat Rat Pożyczki (w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody na podstawie stosunku pracy):

W przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody na podstawie stosunku pracy:

świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy,

W przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego:

potwierdzenie rozwiązania kontraktu menedżerskiego i kopia kontraktu menedżerskiego,

W przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, odpowiednio:

Zaświadczenie o wykreśleniu z Ewidencji działalności gospodarczej oraz,

Zaświadczenie o statusie bezrobotnego, a także,

Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego lub inny dokument (księga przychodów i rozchodów, odpowiednie deklaracje PIT wraz potwierdzeniem ich złożenia), potwierdzające, że przez 3 miesiące poprzedzające wykreślenie z Ewidencji działalności gospodarczej Przedsiębiorstwo przynosiło stratę albo,

Oświadczenie określające podstawę prawną, która wpłynęła na wykreślenie z Ewidencji działalności gospodarczej albo,

Oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu umowy cywilno-prawnej z Ubezpieczonym.

Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego należy dołączyć / przekazać do Ubezpieczyciela aktualny dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych a gdy okres pobrania zasiłku się skończył – zaświadczenie potwierdzające status bezrobotnego

UBEZPIECZENIE PŁATNOŚCI OPŁAT EKSPLOATACYJNYCH

Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego należy dołączyć:

dokumenty (faktury, rachunki) potwierdzające dokonanie opłat eksploatacyjnych, do pokrycia których zobowiązany był ubezpieczony w okresie wypłaty świadczenia miesięcznego z tytułu utraty stałego źródła dochodu, jako właściciel nieruchomości.

HOSPITALIZACJA

Do zgłoszenia należy także dołączyć:

wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu,

historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),

raport policji (prokuratury), jeżeli jest możliwe w związku z zaistniałym zdarzeniem,

inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego,

**WYKAZ DOKUMENTÓW, KTÓRE NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
(zaznaczyć krzyżykiem załączone do wniosku dokumenty):**

Do Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zaistnienia każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych należy dołączyć:

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia należy także dołączyć:

- zaświadczenie lekarskie (druk ZLA) o Czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
- dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy oraz zasiłku chorobowego przez ZUS,
- informacja pracodawcy dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
- ewidencji faktur sprzedażowych za okres czasowej niezdolności do pracy (dotyczy osób fizycznych uzyskujących dochody z wykonywania działalności gospodarczej na własny rachunek),
- w uzasadnionych przypadkach, inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- potwierdzony przez Bank aktualny harmonogram spłat Rat Pożyczki,

POWAŻNE ZACHOROWANIE

Do zgłoszenia należy także dołączyć:

- epikryza lekarza specjalisty stwierdzająca Poważne zachorowanie i odpis badania potwierdzającego zaistnienie choroby lub przebiecia operacji,
- kserokopie dowodu tożsamości Ubezpiezonego,

Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego należy dołączyć:

- dokumenty (faktury, rachunki) potwierdzające dokonanie Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, do pokrycia których zobowiązany był ubezpieczony w okresie po wystąpieniu Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w przypadku każdego kolejnego świadczenia w ciągu 30 kolejnych dni od zakończenia poprzedniego terminu,

ZGON UBEZPIECZONEGO / ZGON WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy także dołączyć:

- odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
- zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu),
- inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego, jeżeli Uprawnionym nie jest Bank.

ZAWSZE W PRZYPADKU, KIEDY ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE SPOWODOWAŁ NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK:

Raport Policji (Prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku.

FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należyne odszkodowanie należy przekazać na złotowe konto bankowe nr:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

Data i podpis zgłaszającego

OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam, że informacje zamieszczone w niniejszym druku podałam/em zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 oraz Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 w celu objęcia ubezpieczeniem, oraz obsługi tego ubezpieczenia w każdy sposób niezbędny dla realizacji tego celu. Ponadto, zgadzam się także na to, aby TU Europa S.A. oraz TU na Życie Europa S.A. przekazały moje dane firmie reasekuracyjnej, w tym za granicę, jeżeli będzie to wymagane w związku z warunkami reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych.
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 oraz Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 jest administratorem moich danych osobowych oraz iż przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych będących w posiadaniu TU Europa S.A. oraz TU na Życie Europa S.A. i prawo ich poprawiania oraz fakt, że przetwarzanie moich danych w celach innych niż związanych z ubezpieczeniem wymaga uzyskania mojej uprzedniej pisemnej zgody.
- Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU Europa S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
- Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU Europa S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Imię i nazwisko

Seria i nr dok. tożsamości

Miejscowość, data:

(podpis osoby zgłaszającej roszczenie)

DANE PRZEDSTAWICIELA BANKU (osoby zgłaszającej wniosek –wypełnić w przypadku, gdy wniosek jest składany za pośrednictwem Ubezpieczającego):

Imię i nazwisko

Telefon

Miejscowość, data:

(podpis i pieczęć przedstawiciela Banku - osoby zgłaszającej wniosek)