

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Numer polisy:

(wypełnia ubezpieczyciel)

DANE UBEZPIECZONEGO:

Imię i nazwisko:		
Numer PESEL:	Numer Umowy o pożyczkę:	
Adres do korespondencji:		
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(kod pocztowy)	(miejscowość)	(ulica, nr domu, nr mieszkania)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(telefony)	(adresy email)	

DANE DOKONUJĄCEGO ZGŁOSZENIE (JEŚLI NIE JEST TO UBEZPIECZONY)

Imię i nazwisko:		
Numer PESEL:	Numer Umowy o pożyczkę:	
Adres do korespondencji:		
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(kod pocztowy)	(miejscowość)	(ulica, nr domu, nr mieszkania)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(telefony)	(adresy email)	

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO:

Nazwa:

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

<input type="checkbox"/> UTRATA STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU	<input type="checkbox"/> CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACJA
<input type="checkbox"/> ZGON	<input type="checkbox"/> ZGON WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	<input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> UTRATA STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU
Do zgłoszenia należy także dołączyć:
<input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy,
W przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego:
<input type="checkbox"/> potwierdzenie rozwiązania kontraktu menedżerskiego i kopia kontraktu menedżerskiego,
W przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, odpowiednio:
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie o wykreśleniu z Ewidencji działalności gospodarczej oraz,
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie o statusie bezrobotnego, a także,
<input type="checkbox"/> Oświadczenie określające podstawę prawną, która wpłynęła na wykreślenie z Ewidencji działalności gospodarczej albo,
<input type="checkbox"/> 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

OŚWIADCZENIA:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU Europa S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
5. 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na :

- otrzymywanie korespondencji w formie elektronicznej na podany w zgłoszeniu adres e-mail;
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu drogą SMS na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

(zaznaczyć krzyżykiem w przypadku wyrażenia zgody)

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)

Powyższy wniosek można złożyć:

- 1) pisemnie, na adres: ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław, lub
- 2) w formie elektronicznej, wniesionej mailowo lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez Ubezpieczyciela na stronie www.tueuropa.pl, lub
- 3) osobiście lub przez pełnomocnika w siedzibie Spółki.