

Wniosek o wypłatę świadczenia

(ubezpieczenia kredytowe)



VIENNA INSURANCE GROUP

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Nr polisy _____

I. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ (wypełnia Ubezpieczający)

Nazwisko _____
i imiona _____

Data urodzenia D, D, - M, M, - R, R, R, R, PESEL _____

Adres zamieszkania zameldowania korespondencyjny

Nr tel. _____ E-mail: _____

II. DANE UPRAWNIONEGO (Bank)

Nazwa _____

PESEL _____ E-mail _____

Adres _____

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej
za współpracę z Towarzystwem z ramienia Uprawnionego _____

III. DANE UPRAWNIONEGO (Osoba fizyczna)

Nazwisko i imię _____

REGON _____ E-mail _____

Adres _____

VI. WYPŁATA Z TYTUŁU

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Śmierci osoby ubezpieczonej | Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u> |
| <input type="checkbox"/> Całkowitego / trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku | Data wypadku <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u> |
| | Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u> |
| <input type="checkbox"/> Choroby śmiertelnej | Data zdiagnozowania choroby <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u> |
| <input type="checkbox"/> Śmierci osoby ubezpieczonej / współubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku | Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u> |
| <input type="checkbox"/> Śmierci osoby ubezpieczonej / współubezpieczonej w następstwie wypadku komunikacyjnego | Data zgonu <u> D, D, - M, M, - R, R, R, R, </u> |

V. OŚWIADCZENIE

Adres placówki medycznej, w której była zarejestrowana, leczyła się Osoba ubezpieczona (adres lekarza rodzinnego i przychodni specjalistycznych) _____

Miejsce, przyczyna i okoliczności śmierci _____

Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy _____

Adres Policji wezwanej na miejsce / adres Prokuratury prowadzącej sprawę _____

VI. ZAŁĄCZONO DOKUMENTY

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kopia skróconego odpisu aktu zgonu | <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarza orzecznika ZUS |
| <input type="checkbox"/> kopia karty statystycznej z przyczyną zgonu | <input type="checkbox"/> zaświadczenie o kwocie zadłużenia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie (orzeczenie zgonu) | <input type="checkbox"/> kopia umowy kredytu o numerze _____ |
| <input type="checkbox"/> kopia raportu policyjnego (w przypadku nieszczęśliwego wypadku) | <input type="checkbox"/> kopia wniosku ubezpieczeniowego |
| <input type="checkbox"/> kopia protokołu BHP (w przypadku nieszczęśliwego wypadku) | <input type="checkbox"/> harmonogram spłaty kredytu |
| <input type="checkbox"/> wynik badania histopatologicznego | <input type="checkbox"/> kopia Dowodu Osobistego |
| <input type="checkbox"/> kopia karty leczenia szpitalnego | <input type="checkbox"/> _____ |

VII. SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY

Nazwa banku _____

przelew na rachunek nr _____

Data - - _____
miejsowość _____
czytelny podpis uprawnionego, składającego wniosek _____Data - - _____
miejsowość _____
czytelny podpis osoby umocowanej do występowania
w imieniu Santander Consumer Bank SA _____