

Wniosek o wypłatę świadczenia (ubezpieczenia kredytowe)

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

I. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ (wypełnia Ubezpieczający)

Polisa nr _____

1. Nazwisko i imiona _____ 2. Data urodzenia ____-____-____

3. Nr PESEL _____ 4. Adres zamieszkania zameldowania korespondencyjny

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Pocztą _____ Kod pocztowy ____-____ Nr telefonu ____-____-____-____-____

Miejscowość _____ Województwo _____

II. DANE UPRAWNIONEGO (Bank)

1. Nazwa _____

2. REGON _____ 3. E-mail _____

4. Adres: Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Pocztą _____ Kod pocztowy ____-____ Nr telefonu ____-____-____-____-____

Miejscowość _____ Województwo _____

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

III. DANE UPRAWNIONEGO (osoba fizyczna)

1. Nazwisko i imię _____ 2. Data urodzenia ____-____-____

3. PESEL _____ E-mail _____

4. Adres: Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Pocztą _____ Kod pocztowy ____-____ Nr telefonu ____-____-____-____-____

Miejscowość _____ Województwo _____

IV. WYPŁATA Z TYTUŁU

Śmierci osoby ubezpieczonej / współubezpieczonej Data zgonu ____-____-____

Całkowitego / trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku Data wypadku ____-____-____

Choroby śmiertelnej Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy ____-____-____

Śmierci osoby ubezpieczonej / współubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku Data zdiagnozowania choroby ____-____-____

Śmierci osoby ubezpieczonej / współubezpieczonej w następstwie wypadku komunikacyjnego Data zgonu ____-____-____

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 ____-____-____ miejscowość _____ czytelny podpis uprawnionego, składającego wniosek

data ____-____-____ miejscowość _____ czytelny podpis osoby umocowanej do występowania w imieniu Santander Consumer Bank SA