

Wniosek o wypłatę świadczenia (ubezpieczenia kredytowe)

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

Polisa nr _____

DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ (wypełnia Ubezpieczający)

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

3. Nr PESEL _____ 4. Adres zamieszkania zameldowania korespondencyjny

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Poczta _____ Kod pocztowy ____-____ Nr telefonu ____-____

Miejscowość _____ Województwo _____

DANE UPRAWNIONEGO (wypełnia Uprawniony)

1. Nazwa _____

5. Nr REGON _____ E-mail _____

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

Poczta _____ Kod pocztowy ____-____ Nr telefonu ____-____

Miejscowość _____ Województwo _____

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

WYPŁATA Z TYTUŁU

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

Całkowitego / trwałego inwalidztwa Data wypadku ____-____-____

Czasowej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku Data wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy ____-____-____

Pobytu w szpitalu w następstwie choroby nieszczęśliwego wypadku Okres pobytu od ____-____-____ do ____-____-____

Inne _____

OŚWIADCZENIE UPRAWNIONEGO (należy wypełnić w przypadku roszczenia z tytułu śmierci lub trwałych następstw NW)

Wszystkie dodatkowe informacje i dane mogą zostać uzupełnione pisemnym oświadczeniem Uprawnionego do niniejszego wniosku

Miejsce, data i godzina wypadku / śmierci _____

Przyczyna i okoliczności _____

Adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy _____

Adres placówki medycznej, w której leczy się / leczyla Osoba ubezpieczona _____

Adres Policji wezwanej na miejsce _____

Adres Prokuratury / Sądu _____

Rodzaj urazu i opis doznanego uszczerbku na zdrowiu (nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci) _____

ZAŁĄCZONO DOKUMENTY

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

SPOSÓB REALIZACJI WYPŁATY

Nazwa banku _____

przelew na rachunek nr _____

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

data otrzymania wniosku i pełnej dokumentacji ____-____-____ _____ czytelny podpis prowadzącego wstępne czynności likwidacyjne _____ e-mail prowadzącego wstępne czynności likwidacyjne _____

WYPEŁNIA LIKWIDATOR LUB CENTRALA

Roszczenie kwalifikuje się do wypłaty częściowej wypłaty odmowy dopłaty

Uzasadnienie (wypełnić w przypadku częściowej wypłaty lub dopłaty) _____

Przekazano do wypłaty _____ zł data ____-____-____

Słownie _____

Odmowa data ____-____-____ Powód _____

pieczętka i podpis osoby upoważnionej do rozpatrzenia

pieczętka i podpis osoby akceptującej