



WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia PEWNA SPŁATA z dnia 17.05.2013 roku zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Europa S.A. a ING Bankiem Śląskim S.A. w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty stałego źródła dochodów albo Hospitalizacji, Czasowej niezdolności do pracy albo Inwalidztwa, oraz Umowy grupowego ubezpieczenia na życie PEWNA SPŁATA z dnia 17.05.2013 roku zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. a ING Bankiem Śląskim S.A. w zakresie ubezpieczenia na wypadek Zgonu,

Numer szkody: Numer polisy
(wypełnia Ubezpieczyciel)

Dane Ubezpieczonego: Imię i nazwisko: Numer PESEL/data urodzenia: Numer Umowy Pożyczki/o Linie Kredytową: Adres do korespondencji: ☐ ☐ ☐ ☐ (kod) (miejscowość) (ulica, nr domu, nr mieszkania) Telefony/adresy e-mail:		
Dane Ubezpieczającego: ING Bank Śląski S.A.		
Do wypełnienia poniżej w zakresie ubezpieczenia na wypadek:		
Informacje dotyczące zdarzenia (zaznaczyć krzyżykiem zdarzenie, którego dotyczy wniosek): ☐ ZGONU Data zdarzenia Przyczyna i okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Adres przychodni lub lekarza rodzinnego Ubezpieczonego:		
Wykaz dokumentów, które należy dołączyć do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego (zaznaczyć krzyżykiem załączone do wniosku dokumenty): ☐ odpis aktu zgonu Ubezpieczonego, ☐ zaświadczenie o przyczynie Zgonu (karta statystyczna do karty zgonu),		
Zawsze w przypadku, kiedy Zdarzenie ubezpieczeniowe spowodował Nieszczęśliwy Wypadek: raport, postanowienia, zarządzenia lub informacje policji (prokuratury), jeżeli takie istnieją, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego.		
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 na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździsta 62 w celu objęcia ubezpieczeniem na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia na życie PEWNA SPŁATA, oraz obsługi tego ubezpieczenia w każdy sposób niezbędny dla realizacji tego celu. Ponadto, zgadzam się także na to, aby 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 na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździsta 62 jest administratorem moich danych osobowych oraz iż przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych będących w posiadaniu 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.		
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 Nazwisko Telefon Miejscowość Data ☐ - ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (podpis i pieczęć przedstawiciela Banku - osoby zgłaszającej wniosek)		
Wykaz jednostek organizacyjnych Departamentu Realizacji Świadczeń TU na Życie Europa S.A. upoważnionych do obsługi klientów zgłaszających szkody ubezpieczeniowe z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w postaci Zgonu,:		
Nazwa jednostki	Adres	Telefony/fax
TU na Życie Europa S.A. Departament Realizacji Świadczeń	53-413 Wrocław ul. Gwiaździsta 62	Tel (71) 36-92-820 do 823, (71) 36-92-825 do 827, (71) 36-92-829
Do wypełnienia poniżej w zakresie ubezpieczenia na wypadek:		
Informacje dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego (zaznaczyć krzyżykiem zdarzenie, którego dotyczy wniosek): ☐ UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODÓW ☐ Hospitalizacji ☐ CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ☐ Inwalidztwa Data Zdarzenia ubezpieczeniowego: 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):

☐ UTRATA STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODÓW Do zgłoszenia należy także dołączyć: ☐ zaświadczenie o wykreśleniu z Ewidencji działalności gospodarczej, ☐ zaświadczenie lub decyzja o Statusie bezrobotnego, ☐ dokumenty potwierdzające, że przez sześć miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził działalność gospodarczą, ☐ oświadczenie Ubezpieczonego określające podstawę prawną, która wpłynęła na wykreślenie z Ewidencji działalności gospodarczej. ☐ przed każdorazową wypłatą Świadczenia ubezpieczeniowego miesięcznego należy dołączyć- aktualny dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych lub zaświadczenia z właściwego urzędu o prawie do zasiłku.	☐ CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY Do zgłoszenia należy także dołączyć: ☐ zaświadczenie lekarskie (druk ZLA) o Czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy, ☐ kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego, ☐ raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zostały sporządzone – w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, ☐ w uzasadnionych przypadkach, inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, które Ubezpieczony posiada lub które jest w stanie, zgodnie z przepisami prawa polskiego, uzyskać
☐ HOSPITALIZACJA Do zgłoszenia należy także dołączyć: ☐ wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w Szpitalu, historia pobytu w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego); ☐ raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, ☐ w uzasadnionych przypadkach, inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, które Ubezpieczony posiada lub które jest w stanie, zgodnie z przepisami prawa polskiego, uzyskać.	☐ INWALIDZTWO Do zgłoszenia należy także dołączyć: ☐ orzeczenie lekarza orzecznika ZUS <u>stwierdzające</u> Inwalidztwo Ubezpieczonego i odpis badania potwierdzającego zaistnienie Inwalidztwa, ☐ raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, ☐ w uzasadnionych przypadkach, inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, które Ubezpieczony posiada lub które jest w stanie, zgodnie z przepisami prawa polskiego, uzyskać.

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. Gwiaździsta 62 w celu objęcia ubezpieczeniem na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia PEWNA SPŁATA, oraz obsługi tego ubezpieczenia w każdy sposób niezbędny dla realizacji tego celu. Ponadto, zgadzam się także na to, aby TU 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. Gwiaździsta 62 jest administratorem moich danych osobowych oraz iż przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych będących w posiadaniu TU 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.

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..... Nazwisko..... Telefon.....
 Miejscowość..... Data □□-□□-□□□□,
 (podpis i pieczęć przedstawiciela Banku - osoby zgłaszającej wniosek)

Wykaz jednostek organizacyjnych Departamentu Obsługi Produktów TU Europa S.A. upoważnionych do obsługi klientów zgłaszających szkody ubezpieczeniowe z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w postaci: Utraty stałego źródła dochodów albo Hospitalizacji lub Czasowej niezdolności do pracy albo Inwalidztwa:

Lp.	Nazwa jednostki	Adres	Telefony/fax
1	Biuro Regionalne we Wrocławiu	53-333 Wrocław ul. Gwiaździsta 62	Tel (71) 36-92-857 do 860, 36-92-862 do 866, 36-92-774 609-678-746, 609-678-925, 609-679-260, 697-972-634
2	Biuro Regionalne w Katowicach	40-085 Katowice, ul. Mickiewicza 29	Tel/fax (32) 25-36-849 609-678-725, 785-802-570
3	Biuro Regionalne w Krakowie	31-503 Kraków, ul. Lubicz 25	Tel/fax (12) 61-97-824, 609-678-724
4	Biuro Regionalne w Łodzi	90-319 Łódź, ul. Wigury 21	Tel/fax (42) 637-05-01, 609-678-726, 785-805-676
5	Biuro Regionalne w Warszawie	02-001 Warszawa, Al. Jerozolimskie 81	Tel (22) 695-01-40, 695-01-39; 609-678-723, 691-118-573 Fax (22) 695-01-35;
6	Biuro Regionalne w Białymstoku	15-281 Białystok, ul. Legionowa 3/3	Tel/fax (85) 73-24-597; 609-678-722, 785-908-388
7	Biuro Regionalne w Gdańsku	80-890 Gdańsk, ul. Heweliusza 11	Tel/fax (58) 34-62-142, 32-17-182 609-678-727, 785-802-568
8	Biuro Regionalne w Szczecinie	70-419 Szczecin, pl. Rodła 8	Tel/fax (91) 48-10-240; 609-678-728
9	Biuro Regionalne w Poznaniu	61-371 Poznań, ul. Romana Maya 1	Tel (61) 62-47-460 fax (61) 62-47-461; 785-803-502

Zgłoszenia są przyjmowane pn-pt, w godz. 8.00-16.00.

