

# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Ubezpieczenie dla posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A.

Numer szkody: ..... Numer polisy .....  
(wypełnia Ubezpieczyciel)

Numer identyfikatora: ..... Numer ubezpieczenia .....  
(wypełnia Ubezpieczający)

<b>Dane Ubezpieczonego:</b> Imię i nazwisko: ..... Numer PESEL: ..... Adres do korespondencji: □□ □□□ ..... (kod) (miejsowość) (ulica, nr domu, nr mieszkania) Telefony/adresy e-mail: .....	
<b>Dane Ubezpieczającego:</b> Nazwa: ING Bank Śląski S.A.	
<b>Informacje dotyczące zdarzenia (zaznaczyć krzyżykiem zdarzenie, którego dotyczy wniosek):</b> <input type="checkbox"/> <b>POWAŻNE ZACHOROWANIE</b> <input type="checkbox"/> <b>HOSPITALIZACJA</b>	
Data Zdarzenia ubezpieczeniowego: .....	
Numer rachunku bankowego: .....	
Przyczyna i okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: .....	
Adres przychodni lub lekarza rodzinnego Ubezpieczonego: .....	
<b>Wykaz dokumentów, które należy dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia (zaznaczyć krzyżykiem załączone do wniosku dokumenty):</b> Do Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zaistnienia każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych należy dołączyć:	
<input type="checkbox"/> <b>POWAŻNE ZACHOROWANIE</b> Do zgłoszenia należy także dołączyć: <input type="checkbox"/> epikryza lekarza specjalisty stwierdzająca Poważne zachorowanie i odpis badania potwierdzającego zaistnienie choroby lub przebiega operacji, <input type="checkbox"/> kserokopie dowodu tożsamości Ubezpieczonego, Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego należy dołączyć: <input type="checkbox"/> dokumenty (faktury, rachunki) potwierdzające dokonanie Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, do pokrycia których zobowiązany był ubezpieczony w okresie po wystąpieniu Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w przypadku każdego kolejnego świadczenia w ciągu 30 kolejnych dni od zakończenia poprzedniego terminu,	<input type="checkbox"/> <b>HOSPITALIZACJA</b> Do zgłoszenia należy także dołączyć: <input type="checkbox"/> Wypis lub zaświadczenie lekarskie o potwierdzające okres pobytu w szpitalu, <input type="checkbox"/> historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego), <input type="checkbox"/> raport policji (prokuratury), jeżeli jest możliwe w związku z zaistniałym zdarzeniem, <input type="checkbox"/> inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego: ..... ..... .....
<b>OŚWIADCZENIA:</b> 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. Przyjmuję do wiadomości fakt, że Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 jest administratorem moich danych osobowych oraz iż przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych osobowych będących w posiadaniu TU Europa S.A. i prawo ich poprawiania oraz fakt, że przetwarzanie danych w celach innych niż związanych z ubezpieczeniem wymaga uzyskania mojej uprzedniej pisemnej zgody. 3. Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (tekst jednolity Dz. U. z 2002 roku, nr 72, poz. 665) w celu realizacji Umów grupowego ubezpieczenia posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego z dnia 27 sierpnia 2008 roku (dalej: Umowa ubezpieczenia) , upoważniam ING Bank Śląski S.A. do przekazania TU Europa SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 następujących informacji objętych tajemnicą bankową: imię i nazwisko Ubezpieczonego, nr PESEL, adres zamieszkania, wariant ubezpieczenia, kwota opłaty za udostępnienie ubezpieczenia.	
Imię i nazwisko ..... Seria i nr dok. tożsamości..... Miejscowość..... Data □□-□□-□□□□, ..... (podpis Ubezpieczonego)	
<b>DANE PRZEDSTAWICIELA BANKU (osoby zgłaszającej wniosek – wypełnić w przypadku, gdy wniosek jest składany za pośrednictwem Ubezpieczającego):</b> Imię..... Nazwisko..... Telefon..... Miejscowość..... Data □□-□□-□□□□, ..... (podpis i pieczęć przedstawiciela Banku - osoby zgłaszającej wniosek)	