

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Program ubezpieczeniowy Bezpieczna Pożyczka Gold

*na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców Gold z dnia 21.12.2012 roku zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. a ING Bankiem Śląskim S.A. w zakresie ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Poważnego zachorowania lub Hospitalizacji*

<b>Dane Ubezpieczonego:</b>	
Imię i nazwisko: .....	
Numer PESEL: .....	
Numer Umowy o pożyczkę: .....	
Adres do korespondencji: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (kod) (miejscowość) (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>ZGON</b> <input type="checkbox"/> <b>POWAŻNE ZACHOROWANIE</b> <input type="checkbox"/> <b>HOSPITALIZACJA</b>	
<input type="checkbox"/> <b>ZGON WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU</b>	
Data zdarzenia: .....	
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 UBEZPIECZONEGO</b>	
Do zgłoszenia należy także dołączyć:	
<input type="checkbox"/> lekarza specjalisty stwierdzające Poważne zachorowanie i odpis badania potwierdzającego zaistnienie Choroby lub przebycia zabiegu medycznego,	
<input type="checkbox"/> kserokopię dowodu tożsamości Ubezpieczonego,	
<input type="checkbox"/> dokumenty (faktury, rachunki) potwierdzające dokonanie opłat eksploatacyjnych, do pokrycia których zobowiązany był ubezpieczony w okresie wypłaty świadczenia miesięcznego z tytułu utraty stałego źródła dochodu, jako właściciel nieruchomości.	
<input type="checkbox"/> <b>ZGON UBEZPIECZONEGO</b>	
Do zgłoszenia należy także dołączyć:	
<input type="checkbox"/> odpis aktu zgonu ubezpieczonego,	
<input type="checkbox"/> zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu), (nie dotyczy zgonu wskutek NW),	
<input type="checkbox"/> inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego	
<input type="checkbox"/> <b>HOSPITALIZACJA</b>	
Do zgłoszenia należy także dołączyć:	
<input type="checkbox"/> wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu, historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),	
<input type="checkbox"/> dokumenty (faktury, rachunki, elektroniczne potwierdzenia dokonania zapłaty rachunku) potwierdzające dokonanie Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, o pokrycia których zobowiązany był Ubezpieczony w okresie po wystąpieniu Hospitalizacji	
<b>Zawsze w przypadku, kiedy Zdarzenie ubezpieczeniowe spowodował nieszczęśliwy wypadek:</b>	
raport, postanowienia, zarządzenia lub informacje policji (prokuratury), jeżeli takie istnieją, 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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4 w celu objęcia ubezpieczeniem na podstawie <b>Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców Gold</b> 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. Powstańców Śląskich 2-4 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....	
(podpis osoby zgłaszającej roszczenie)	
<b>DANE PRZEDSTAWICIELA BANKU (osoby zgłaszającej wniosek-wypełnić w przypadku, gdy wniosek jest składany za pośrednictwem Ubezpieczającego):</b>	
Imię ..... Nazwisko ..... Telefon .....	
Miejscowość ..... Data <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....	
(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, Poważnego zachorowania, Hospitalizacji:

Nazwa jednostki	Adres
TU na Życie Europa S.A. Departament Realizacji Świadczeń	53-413 Wrocław ul. Gwiazdzista 62

