

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO*/WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA*
UBEZPIECZENIE GRUPOWE SPŁATY KREDYTU DLA KREDYTOBIORCÓW BANKU

- Zgłaszam zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu*/ Zgłaszam zdarzenie ubezpieczeniowe*:

- całkowita i trwała niezdolność do pracy w wyniku choroby
- całkowita i trwała niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- poważne zachorowanie
- operacja chirurgiczna

1. Ubezpieczony:

PESEL _ _ _ _ _

Nazwisko:..... Imiona:...../.....

2. Rodzaj kredytu:

- Kredyt gotówkowy
- Kredyt samochodowy

Numer umowy kredytowej:

3. Data zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego: (DD/MM/RRRR)

4. Czy przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiła wcześniejsza całkowita spłata kredytu?

- TAK
- NIE

Jeśli TAK, proszę podać datę wcześniejszej całkowitej spłaty:..... (DD/MM/RRRR)
oraz nr rachunku bankowego, na który powinno zostać przekazane świadczenie:

.....

5. Załączono dokumenty:

(prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola i dołączenie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem)

- kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego/Uposażonego (bez wizerunku)
- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS stwierdzające całkowitą i trwałą niezdolność Ubezpieczonego do pracy
- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby będącej przyczyną całkowitej i trwałej niezdolności do pracy*/ nieszczęśliwego wypadku*/ poważnego zachorowania*
- kserokopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala/ dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego
- odpis aktu zgonu Ubezpieczonego
- zaświadczenie wydane przez Bank o kwocie zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego
- kserokopia umowy kredytowej wraz z aktualnym harmonogramem spłat
- pełna dokumentacja medyczna obejmująca okres sprzed przystąpienia do ubezpieczenia
- inne, jakie?.....

6. Oświadczenie Ubezpieczonego:

Wyrażam zgodę na udostępnienie BENEFIA TU S.A. Vienna Insurance Group, przez placówki służby zdrowia, lekarzy oraz grupowe praktyki lekarskie dokumentacji medycznej oraz informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, w celu realizacji Umowy Ubezpieczenia w zakresie ustalenia odpowiedzialności BENEFIA TU S.A. Vienna Insurance Group z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Ubezpieczonego

7. Informacje o osobie zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe:

Nazwisko: Imię:

Adres korespondencyjny:

Telefon: Telefon komórkowy:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby zgłaszającej zdarzenie*
/składającej wniosek o wypłatę świadczenia

Wszystkie informacje zawarte w niniejszym dokumencie oraz w załączonych dokumentach są traktowane przez Towarzystwo jako poufne.

UWAGA!

Wypełniony wniosek wraz z dokumentami należy przesłać na adres:
BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
Biuro Obsługi Klienta
al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa

(*) niepotrzebne skreślić