

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

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

- poważne zachorowanie,
 operacja chirurgiczna,
 pobyt w szpitalu,

1. Ubezpieczony:

PESEL:

Nazwisko:

Imiona: /

2. Informacja o kredycie:

Nr umowy kredytowej

3. Data zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (data diagnozy, operacji lub pierwszy dzień pobytu w szpitalu) :

(DD/MM/RRRR)

4. Załączono dokumenty (*)

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

- kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
 dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania,
 kserokopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala/ dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego,
 dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia ubezpieczeniowego sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia,
 zaświadczenie wydane przez Bank o kwocie zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 kserokopia umowy kredytowej wraz z aktualnym harmonogramem spłat,
 inne, jakie?

5. 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

6. Informacje o osobie zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe:

Nazwisko: Imię:

Adres korespondencyjny:

Tel.: Tel. 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 traktowane są przez Towarzystwo jako poufne.

UWAGA! Wypełniony wniosek, wraz z dokumentami należy przesłać na adres: BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, ul. Rydygiera 21, 01-793 Warszawa

(*) niepotrzebne skreślić