

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

Zgłaszam zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

Wnioskuje 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,

Nr umowy kredytowej .....

3. Data zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

(DD/MM/RRRR)

4. Załączono dokumenty

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

- kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego/Uposażonego,  
 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? .....

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