



SOGECAP S.A. Oddział w Polsce

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Imię i nazwisko Zgłaszającego:																								
Adres korespondencyjny:	Stosunek pokrewieństwa:																							
	Ulica, nr domu i mieszkania:																							
	Kod pocztowy:	Miejscowość:																						
	Nr telefonu:	Email:																						
Imię i nazwisko Ubezpieczonego:																								
PESEL:																								
Pełna nazwa i adres lekarza rodzinnego oraz placówek medycznych:																								
Umowa ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> Kredyt Gotówkowy <input type="checkbox"/> Karta Kredytowa <input type="checkbox"/> Kredyt Hipoteczny <input type="checkbox"/> Kredyt Ratalny																							
	Nr umowy kredytowej: Data zawarcia:																							
Typ zdarzenia ubezpieczeniowego	<input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Choroby lub nieznanej przyczyny <input type="checkbox"/> Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku																							
	Data zgonu:																							
	Przyczyna zgonu:																							
	Adres Policji / Prokuratury:																							
	<input type="checkbox"/> Trwała i Całkowita Niepełnosprawność wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku																							
	Data wydania orzeczenia o Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy/ o Znacznym Stopniu Niepełnosprawności przez Uprawniony Organ																							
	Rozpoznanie medyczne schorzenia / schorzeń / będących powodem orzeczenia Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności:																							
	<input type="checkbox"/> Tymczasowa Całkowita Niezdolność do Pracy wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku																							
	Liczba dołączonych druków ZUS ZLA:																							
	Okresy przebywania na zwolnieniu lekarskim (zgodnie z drukami ZUS ZLA):																							
	Rozpoznanie medyczne schorzenia / schorzeń:																							
	<input type="checkbox"/> Poważne Zachorowanie																							
	Data wystąpienia poważnego zachorowania:																							
Rozpoznanie medyczne schorzenia / schorzeń:																								
DOTYCZY WYŁĄCZNIE KREDYTU RATALNEGO - numer rachunku Klienta / Beneficjenta do wypłaty świadczenia:																								
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								

Wyrażam zgodę na przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych przez SOGECAP S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu (50-062), Plac Solny 16, tel. (71) 774 29 99 w zakresie niezbędnym do ustalenia przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe okoliczności Zdarzenia Ubezpieczeniowego i realizacji świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę*/ nie wyrażam* na przekazywanie mi informacji związanych z niniejszym roszczeniem na podany przeze mnie wyżej adres email.

* Niepotrzebne skreślić

data

podpis Zgłaszającego

podpis uprawnionego pracownika Banku, stempel placówki

Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć i przekazać do SOGECAP S.A. Oddział w Polsce następujące dokumenty:

- **w przypadku Śmierci:**
 - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
 - akt zgonu;
 - kserokopię zaświadczenia potwierdzającego zgon, sporządzonego na formularzu obowiązującym w państwie, w którym miało miejsce Zdarzenie Ubezpieczeniowe lub na formularzu określonym przez Ubezpieczyciela, wypełnionego przez lekarza stwierdzającego zgon, ze wskazaniem przyczyny zgonu;
 - w przypadku Śmierci wskutek choroby dodatkowo: dokumenty stwierdzające datę pierwszej diagnozy choroby i przebieg jej leczenia lub – jeśli takie dokumenty nie znajdują się w posiadaniu osoby zgłaszającej – adres placówki medycznej, w której ubezpieczony leczył się przed śmiercią;
 - w przypadku Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: formalne potwierdzenie przyczyny śmierci z policji lub prokuratury.
- **w przypadku Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności:**
 - **dla Kredytobiorców, którzy nie posiadają stwierdzonego prawa do emerytury - Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy:**
 - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
 - orzeczenie stwierdzające Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy (wydawane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) lub inny organ upoważniony przez ZUS lub KRUS.
 - zaświadczenie lekarskie wypełnione przez lekarza prowadzącego leczenie, które wskazuje na charakter obrażeń lub choroby, wynikające z nich trwałe uszkodzenia oraz datę ich utrwalenia – orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).
 - **dla Kredytobiorców, którzy posiadają stwierdzone prawo do emerytury - Znaczny Stopień Niepełnosprawności:**
 - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
 - orzeczenie stwierdzające Znaczny Stopień Niepełnosprawności (wydawane przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności) lub orzeczenie stwierdzające Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy (wydawane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) lub inny organ upoważniony przez ZUS lub KRUS;
 - decyzję o przyznaniu emerytury albo decyzję o ostatniej waloryzacji emerytury oraz zaświadczenie Uprawnionego Organu o wypłacie emerytury lub ostatni odcinek wypłaty emerytury lub wyciąg albo historię rachunku bankowego za ostatni miesiąc, potwierdzający wpływ świadczenia emerytalnego.
- **w przypadku Tymczasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy:**
 - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
 - zwolnienie lekarskie;
 - dokument potwierdzający aktualny stan prawny Ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą lub jego stan zatrudnienia (umowa cywilnoprawna).
- **w przypadku Poważnego Zachorowania:**
 - Polisę Ubezpieczeniową / Certyfikat Ubezpieczenia;
 - wszystkie dokumenty jakie Ubezpieczyciel uzna za konieczne do rozpatrzenia roszczenia; dokumenty te obejmują w szczególności wyniki badań potwierdzających, że Choroba spełnia definicję Poważnego Zachorowania; dokumenty te, łącznie ze wszystkimi dodatkowymi informacjami wymaganymi przez Ubezpieczyciela, powinny zostać przekazane najpóźniej w ciągu 30 dni od zdiagnozowania zachorowania lub opuszczenia szpitala przez Ubezpieczonego.

Euro Bank S.A. prześle Ubezpieczycielowi następujące dokumenty :

- zestawienie zadłużenia;
- harmonogram spłaty obowiązujący w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz harmonogram ustalony pierwotnie w Umowie Kredytu.

Informujemy, iż reklamacje i skargi dotyczące wykonywania Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela można składać w następujący sposób:

- w formie pisemnej - osobiście w jednostce Ubezpieczyciela lub Agenta Ubezpieczeniowego/ Banku, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na następujący adres jednostek:
- siedziby Ubezpieczyciela SOGECAP S.A. Oddział w Polsce: Plac Solny 16, 50-062 Wrocław;
- siedziby Agenta Ubezpieczeniowego/ Banku: ul. Św. Mikołaja 72, 50-126 Wrocław lub dowolnej placówki Agenta Ubezpieczeniowego / Banku;
- ustnie - telefonicznie pod numerem telefonu Agenta Ubezpieczeniowego / Banku: 555 000 555 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela lub Agenta Ubezpieczeniowego/Banku.
- odpowiedź na reklamację udzielana jest niezwłocznie na piśmie (listem poleconym), nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, Ubezpieczyciel w formie pisemnej przekaże osobie zgłaszającej reklamację przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy, a także wskaże przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Komplet wymaganych dokumentów wraz z niniejszym wnioskiem należy złożyć w placówce Euro Bank S.A. (będącego agentem ubezpieczeniowym Sogecap S.A. Oddział w Polsce), w której została podpisana umowa kredytowa lub też – w przypadku podpisania jej za pośrednictwem podmiotu współpracującego z Bankiem w zakresie prowadzonej działalności bankowej – w miejscu prowadzenia przez ten podmiot działalności, w którym podpisana została umowa kredytowa.

data

podpis Zgłaszającego