

SOGECAP S.A. Oddział w Polsce

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Dla Klientów, którzy zawarli Umowę Ubezpieczenia od dnia 7.05.2016

Imię i nazwisko Zgłaszającego:			
Adres korespondencyjny:	Stosunek pokrewieństwa:		
	Ulica, nr domu i mieszkania:		
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
	Nr telefonu:	Email:	
Imię i nazwisko Ubezpieczonego:			
PESEL:	Adres lekarza rodzinnego		
Umowa ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> Kredyt Gotówkowy	<input type="checkbox"/> Karta Kredytowa	<input type="checkbox"/> Kredyt Hipoteczny
	Nr umowy kredytowej:		Data zawarcia:
Typ zdarzenia ubezpieczeniowego	<input type="checkbox"/> Śmierć wskutek choroby lub nieznannej 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 o Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy/ o Znacznym Stopniu 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:		

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.

data

podpis Zgłaszającego

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

- **w przypadku Śmierci:**
 - Polisę Ubezpieczeniową;
 - 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;
 - orzeczenie ZUS/KRUS lub innego organu upoważnionego przez ZUS lub KRUS stwierdzające Trwałą i Całkowitą Niezdolności do Pracy;
 - zaświadczenie lekarskie, sporządzone w odpowiedniej formie określonej przez przepisy z zakresu ubezpieczeń społecznych, wypełnione przez lekarza prowadzącego leczenie, które wskazuje na charakter obrażeń lub choroby, będące przyczyną Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
 - **dla kredytobiorców, którzy posiadają stwierdzone prawo do emerytury - Znaczny Stopień Niepełnosprawności:**
 - Polisę Ubezpieczeniową;
 - orzeczenie stwierdzające Znaczny Stopień Niepełnosprawności wydawane przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie ZUS/KRUS lub innego organu upoważnionego przez ZUS lub KRUS stwierdzające Trwałą i Całkowitą Niezdolności do Pracy;
 - zaświadczenie lekarskie sporządzone w odpowiedniej formie określonej przez przepisy z zakresu ubezpieczeń społecznych, wypełnione przez lekarza prowadzącego leczenie, które wskazuje na charakter obrażeń lub choroby, będące przyczyną Znacznego Stopnia Niepełnosprawności lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy;
 - decyzję o przyznaniu emerytury albo decyzję o ostatniej waloryzacji emerytury oraz zaświadczenie 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;
 - zwolnienie lekarskie;
 - dokument potwierdzający aktualny stan prawny Ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą lub jego stan zatrudnienia (umowa cywilnoprawna).

- **w przypadku Poważnego Zachorowania:**
 - Polisę Ubezpieczeniową;
 - 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.

Data _____ podpis uprawnionego pracownika Banku, _____
stempel placówki _____