

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Spłaty Rat Kredytu Krótkoterminowego i Długoterminowego dla Firm

Dane Ubezpieczonego

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Adres zamieszkania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ - _____ Poczta _____ Kraj _____

Numer Umowy Kredytu _____ Rodzaj kredytu: krótkoterminowy długoterminowy

Telefon kontaktowy _____

Numer rachunku przeznaczony do spłaty kredytu, na który należy przekazać świadczenie:

* Roszczenie dotyczące pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku

Data pobytu w szpitalu (dd/mm/rr)
od _____ / _____ / _____ do _____ / _____ / _____

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku lub choroby powodującej pobyt w szpitalu:

- Załączniki: Kserokopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne
(zaznaczyć właściwe X) Historia pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub NW
 Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym harmonogramem spłat
 Kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
 Inne dokumenty

* Roszczenie dotyczące poważnego zachorowania / operacji

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)
od _____ / _____ / _____ do _____ / _____ / _____

Rodzaj poważnego zachorowania/operacji _____

Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania/ operacji:

- Załączniki: Pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania/przebytej operacji
(zaznaczyć właściwe X) Pełna dokumentacja medyczna dotycząca prowadzonego leczenia z tytułu zgłoszonego poważnego zachorowania/operacji chirurgicznej, obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia
 Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym harmonogramem spłat
 Kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
 Inne dokumenty

* właściwe zaznaczyć X

