

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**Ubezpieczenie na wypadek utraty stałego źródła dochodów lub czasowej niezdolności do pracy****Wniosek powinien być dostarczony przez Ubezpieczonego bezpośrednio do Ubezpieczyciela**

(Wykaz jednostek organizacyjnych Departamentu Obsługi Produktów TU EUROPA SA upoważnionych do obsługi klientów zgłaszających szkody ubezpieczeniowe znajduje się na drugiej stronie druku).

Numer szkody: **Numer polisy**
(wypełnia Ubezpieczyciel)

I. Dane Ubezpieczonego (Kredytobiorcy):

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

Numer umowy kredytu:

Adres do korespondencji:
(kod) (miejscowość) (ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefony/adresy e-mail:

II. Dane ubezpieczającego: Nazwa: **BANK MILLENNIUM S.A.** z siedzibą w Warszawie, ul. Stanisława Żaryna 2A, wpisanym pod nr KRS 0000010186 do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego o numerze identyfikacji podatkowej (NIP) - 526-021-29-31 i kapitale zakładowym całkowicie wpłaconym w wysokości 1 213 116 777,00 złotych.

III Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego --

IV. Wykaz dokumentów, które Ubezpieczony powinien dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia (zaznaczyć krzyżykiem załączone do wniosku dokumenty):

Do Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zaistnienia każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych należy dołączyć:

uzyskany z Banku lub wygenerowany za pomocą bankowości elektronicznej Milenet, obowiązujący na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogram spłaty Rat Kredytu

<p><input type="checkbox"/> UTRATA STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU: Do zgłoszenia należy także dołączyć (oryginały lub potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Bank kopie (kserokopie):</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie lub decyzja o uzyskaniu statusu bezrobotnego, oraz</p> <p><input type="checkbox"/> w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego;</p> <p><input type="checkbox"/> świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy,</p> <p>W przypadku osób uzyskujących dochody na podstawie stosunku służbowego, Ubezpieczyciel może wskazać inny, odpowiedni ze względu na specyfikę unormowań prawnych stosunku służbowego (np. w przypadku służb mundurowych) dokument potwierdzający wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego.</p> <p><input type="checkbox"/> w przypadku osób fizycznych świadczących pracę (usługi) na podstawie kontraktu menedżerskiego:</p> <p><input type="checkbox"/> potwierdzenie rozwiązania kontraktu menedżerskiego i kopia kontraktu menedżerskiego,</p> <p><input type="checkbox"/> w przypadku osób fizycznych prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą:</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie z Urzędu Skarbowego potwierdzające, że przez 3 (słownie: trzy) miesiące poprzedzające zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego Przedsiębiorstwo Ubezpieczonego przynosiło stratę lub inny dokument ten fakt potwierdzający (np.: księga przychodów i rozchodów prowadzonej działalności, odpowiednio deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia), oraz</p> <p><input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające, że Ubezpieczony przynajmniej przez 12 (słownie: dwanaście) miesięcy poprzedzających Zdarzenie ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego, oraz</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie o wykreśleniu wpisu w Ewidencji działalności gospodarczej, lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości, lub postanowienie sądu oddalające wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania), albo</p> <p><input type="checkbox"/> oświadczenie Ubezpieczonego zawierające szczegółowe wskazanie podstawy prawnej, która bezpośrednio wpłynęła na wyrejestrowanie działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego, oraz zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej, albo</p> <p><input type="checkbox"/> dokument potwierdzający rozwiązanie umowy cywilno-prawnej z Ubezpieczonym oraz zaświadczenie o wykreśleniu z Ewidencji działalności gospodarczej,</p> <p>Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego należy dołączyć:</p> <p><input type="checkbox"/> aktualny dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych lub zaświadczenie z właściwego urzędu o prawie do zasiłku, a gdy okres pobrania zasiłku się skończył - zaświadczenie potwierdzające status bezrobotnego.</p>	<p><input type="checkbox"/> CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY: Do zgłoszenia należy także dołączyć (oryginały lub potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Bank kopie (kserokopie):</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie (druk ZLA) o czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu (w odniesieniu do osób uzyskujących dochody z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego, z tytułu kontraktu menedżerskiego lub z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek);</p> <p><input type="checkbox"/> dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy (w odniesieniu do osób uzyskujących dochody z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego);</p> <p><input type="checkbox"/> dowody wypłat zasiłku chorobowego przez ZUS za czas niezdolności do pracy (w odniesieniu do osób uzyskujących dochody z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego, z tytułu kontraktu menedżerskiego lub z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek);</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenia pracodawcy (wystawionego na druku ZUS Z-3) (w odniesieniu do osób uzyskujących dochody z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego);</p> <p><input type="checkbox"/> informacja pracodawcy dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłaconego za dni, w których Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim (w odniesieniu do osób uzyskujących dochody z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego);</p> <p><input type="checkbox"/> ewidencja faktur sprzedażowych za okres czasowej niezdolności do pracy (w odniesieniu do osób uzyskujących dochody z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek)</p> <p><input type="checkbox"/> w uzasadnionych przypadkach, inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego;</p> <p>Uwaga: W przypadku osób uzyskujących dochody na podstawie stosunku służbowego, Ubezpieczyciel może wskazać inny, odpowiedni ze względu na specyfikę unormowań prawnych stosunku służbowego (np. w przypadku służb mundurowych) dokument potwierdzający wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego).</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Uwaga:

W przypadku gdy do ubezpieczenia w ramach jednej Umowy Kredytu przystąpił więcej niż jeden ze Współkredytobiorców do Wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć;

zaświadczenie pracodawcy lub drugiej strony kontraktu menedżerskiego określające średnie dochody brutto z ostatnich 3 miesięcy przed wystąpieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego Kredytobiorcy, który zgłasza wniosek o wypłatę świadczenia i wszystkich pozostałych Współkredytobiorców objętych ochroną ubezpieczeniową na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek - zaświadczenie z Urzędu Skarbowego lub inny dokument (księga przychodów i rozchodów prowadzonej działalności) określający średnie dochody brutto z ostatnich 12 miesięcy poprzedzających Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego) lub

W przypadku gdy do ubezpieczenia w ramach jednej Umowy Kredytu przystąpił więcej niż jeden ze Współkredytobiorców a którykolwiek ze Współkredytobiorców na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Kredytobiorcy, który zgłasza wniosek o wypłatę świadczenia nie był objęty ochroną ubezpieczeniową:

Załącznik A do wniosku o wypłatę świadczenia.

Przyznane świadczenie należne Bankowi należy przelać na:

Nr rachunku w PLN wskazany w Umowie Kredytu służący do obsługi Kredytu w Banku Millennium

Data, pieczęć i czytelny podpis przedstawiciela Banku potwierdzający numer rachunku w PLN wskazany w Umowie Kredytu służący do obsługi Kredytu w Banku Millennium

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że informacje zamieszczone w niniejszym druku podałam/em zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych.
2. Klauzula dla osób fizycznych: Niniejszym wyrażam zgodę, na podstawie art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.), na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu moich danych osobowych w każdy sposób konieczny do rozpatrzenia roszczenia i jego realizacji na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów lub czasowej niezdolności do pracy osób fizycznych zawierających z Bankiem Millennium SA umowy Kredytu.
3. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/ny o tym, że:
 - 1) administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu,
 - 2) odbiorcą danych, znanym administratorowi danych na dzień udzielania informacji, jest Ubezpieczający,
 - 3) moje dane osobowe przetwarzane będą w związku z rozpatrzeniem roszczenia i jego realizacją na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia na podstawie Umowy Grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów lub czasowej niezdolności do pracy osób fizycznych zawierających z Bankiem Millennium SA umowy kredytu,
 - 4) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania,
 - 5) podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do rozpatrzenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA SA roszczenia na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia na podstawie Umowy Grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów lub czasowej niezdolności do pracy osób fizycznych zawierających z Bankiem Millennium SA umowy kredytu.
4. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.
5. Oświadczam, że upoważniam każdego lekarza, zakład opieki zdrowotnej i przedstawicieli organu ubezpieczeń społecznych do udzielenia informacji TU EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Powstańców Śląskich 2-4 o stanie mojego zdrowia oraz do udostępnienia pełnej dokumentacji dotyczącej przebiegu mojego leczenia, koniecznej do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy.

Imię i nazwisko Seria i nr dok. tożsamości.....

Miejscowość.....Data - - , podpis

Wykaz jednostek organizacyjnych Departamentu Obsługi Produktów TU EUROPA SA

upoważnionych do obsługi klientów zgłaszających szkody ubezpieczeniowe.

Lp.	Nazwa jednostki	Adres	Telefony/fax
1	Biuro Regionalne we Wrocławiu biuro.wroclaw@tueuropa.pl	53-333 Wrocław ul. Powstańców Śląskich 2-4	Tel (71) 33-41-857 do 860, 33-41-862 do 866 33-41-774 609-678-746, 609-678-925 609-679-260, 697-972-634
2	Biuro Regionalne w Katowicach biuro.katowice@tueuropa.pl	40-085 Katowice, ul. Mickiewicza 29	Tel/fax (32) 25-36-849 609-678-725, 785-802-570
3	Biuro Regionalne w Krakowie biuro.krakow@tueuropa.pl	31-503 Kraków, ul. Lubicz 25	Tel/fax (12) 61-97-824 609-678-724
4	Biuro Regionalne w Łodzi biuro.lodz@tueuropa.pl	90-319 Łódź, ul. Wigury 21	Tel/fax (42) 637-05-01 609-678-726, 785-805-676
5	Biuro Regionalne w Warszawie biuro.warszawa@tueuropa.pl	02-001 Warszawa, Al. Jerozolimskie 81	Tel (22) 695-01-40, 695-01-39 Fax (22) 695-01-35 609-678-723
6	Biuro Regionalne w Białymstoku biuro.bialystok@tueuropa.pl	15-281 Białystok, ul. Legionowa 3/3	Tel/fax (85) 73-24-597 609-678-722
7	Biuro Regionalne w Gdańsku biuro.gdansk@tueuropa.pl	80-890 Gdańsk, ul. Heweliusza 11	Tel/fax (58) 34-62-142, 32-17-182 609-678-727, 785-802-568
8	Biuro Regionalne w Szczecinie biuro.szczecin@tueuropa.pl	71-410 Szczecin , ul. Niedziałkowskiego 24	Tel/fax (91) 48-10-240 609-678-728
9	Biuro Regionalne w Poznaniu	61-371 Poznań, ul. Romana Maya 1	Tel (61) 62-47-460 fax (61) 62-47-461 785-803-502

Biura Regionalne przyjmują zgłoszenia pn-pt , w godz. 8:00-16:00.

Załącznik A do WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Załącznik jest wypełniany w przypadku gdy do ubezpieczenia w ramach jednej Umowy Kredytu przystąpił więcej niż jeden ze Współkredytobiorców a którykolwiek ze Współkredytobiorców na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Kredytobiorcy, który zgłasza wniosek o wypłatę świadczenia nie był objęty ochroną ubezpieczeniową .

Numer szkody: Numer polisy

(wypełnia Ubezpieczyciel)

I. Dane Współkredytobiorcy, który przystąpił do ubezpieczenia, ale na dzień Zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie był objęty ochroną ubezpieczeniową :

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

Numer umowy kredytu:

Adres do korespondencji:

(kod)

(miejscowość)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefony/adresy e-mail:

II. Dane ubezpieczającego:

Nazwa: **BANK MILLENNIUM S.A.** z siedzibą w Warszawie, ul. Stanisława Żaryna 2A, wpisanym pod nr KRS 0000010186 do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego o numerze identyfikacji podatkowej (NIP) - 526-021-29-31 i kapitale zakładowym całkowicie wpłaconym w wysokości 1 213 116 777,00 złotych.

III Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:.....

dd-mm-rrrr

Ja niżej podpisany oświadczam, że na dzień -- :

- 1) mam miejsce zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej ¹, tak nie
- 2) uzyskuję w Polsce dochody z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego, z tytułu kontraktu menedżerskiego lub z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek ¹, tak nie
- 3) podlegam przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach ¹, tak nie

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że informacje zamieszczone w niniejszym druku podałam/em zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych.
2. Klauzula dla osób fizycznych: Niniejszym wyrażam zgodę, na podstawie art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.), na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu moich danych osobowych w każdy sposób konieczny do rozpatrzenia roszczenia i jego realizacji na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów lub czasowej niezdolności do pracy osób fizycznych zawierających z Bankiem Millennium SA umowy Kredytu.
3. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/ny o tym, że:
 - 1). administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu,
 - 2). odbiorcą danych, znanym administratorowi danych na dzień udzielania informacji, jest Ubezpieczający,
 - 3). moje dane osobowe przetwarzane będą w związku z rozpatrzeniem roszczenia i jego realizacją na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia na podstawie Umowy Grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów lub czasowej niezdolności do pracy osób fizycznych zawierających z Bankiem Millennium SA umowy kredytu,
 - 4). przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania,
 - 5). podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do rozpatrzenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA SA roszczenia na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia na podstawie Umowy Grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów lub czasowej niezdolności do pracy osób fizycznych zawierających z Bankiem Millennium SA umowy kredytu.
4. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Imię i nazwisko Seria i nr dok. tożsamości.....

Miejscowość.....Data --, podpis