CONCORDIA
UBEZPIECZENIA
GRUPA GENERALI

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NNW CZŁONKÓW I KLIENTÓW BANKU

I DANE O UBEZPIECZENIU

Numer polisy	Data przystąpienia do ubezpieczenia

UBEZPIECZAJĄCY (wymagana jest pieczęć Banku)

II UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko			Data urodzenia
Adres zamieszkania		**Kod pocztowy**	**Miejscowość**
PESEL	**Seria i numer dowodu tożsamości**	**Numer telefonu**	**Adres e-mail**

III OSOBA UPRAWNIONA (Ubezpieczony, Uposażony Główny/Zastępczy lub inna osoba/podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia)

Imię i nazwisko (lub nazwa firmy)			Data urodzenia
Adres zamieszkania (lub adres firmy)		**Kod pocztowy**	**Miejscowość**
PESEL (lub NIP firmy)	**Seria i numer dowodu tożsamości**	**Numer telefonu**	**Adres e-mail**

IV OPIEKUN USTAWOWY W PRZYPADKU NIEPEŁNOLETNIEJ OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię i nazwisko			Data urodzenia
Adres zamieszkania		**Kod pocztowy**	**Miejscowość**
PESEL	**Seria i numer dowodu tożsamości**	**Numer telefonu**	**Adres e-mail**

V RODZAJ ŚWIADCZENIA (zaznaczyć "x" przy świadczeniach zgodnych z polisą ubezpieczeniową)

- ☐ śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW - wypełnić punkt VI, VII
- ☐ trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW - wypełnić punkt VII
- ☐ inne: .....

VI INFORMACJE DOTYCZĄCE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (należy wypełnić także punkt VII)

Data zgonu	Numer aktu zgonu	Przyczyna zgonu	
Czy Ubezpieczony zmarł w szpitalu?	☐ tak	☐ nie	Jeżeli tak, proszę podać nazwę i adres szpitala

VII INFORMACJE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data wypadku	Godzina wypadku	Miejsce wypadku

Opis zdarzenia

Rodzaj obrażeń ciała (podać dokładnie i wyczerpująco)

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pomocy bezpośrednio po wypadku?

Podać nazwę i adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczy(ł) się po wypadku

Czy byli świadkowie wypadku?	☐ tak	☐ nie	Jeżeli tak, prosimy podać nazwiska, adresy i telefony kontaktowe

Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy – podać nr i kat. prawa jazdy i świadectwa kwalifikacyjnego

Czy wypadek zgłoszono na Policji?	☐ tak	☐ nie	Jeżeli tak, prosimy o podanie jednostki Policji i jej adres

Czy w chwili zajścia wypadku Ubezpieczony był po spożyciu napojów alkoholowych lub środków odurzających?

☐ tak	☐ nie	☐ nie badano	☐ nie wiem	
Czy Ubezpieczony w chwili wypadku uprawiał sport wyczynowy?			☐ tak	☐ nie

Jeżeli tak, prosimy o podanie uprawianej dyscypliny sportu oraz podanie klubu sportowego

VIII POTWIERDZENIE UBEZPIECZENIA - wypełnia Bank

Oświadczamy, że Poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem grupowym NNW zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia potwierdzoną polisą nr ..... i jest:

☐ **** Członkiem Banku Spółdzielczego od ..... (prosimy o wskazanie daty nabycia udziałów członkowskich),**

☐ **** Posiadaczem rachunku w Banku Spółdzielczym o nr ..... założonym dnia** .....

Data i podpis uprawnionego pracownika Banku wraz z jego pieczęcią imienną

** właściwe zaznaczyć "x"

IX DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Sposób wypłaty świadczenia	☐ Przekaz pocztowy	☐ Przelew bankowy
Nazwa Banku		
Numer rachunku bankowego		

X ZAŁĄCZNIKI

- ☐ odpis skrócony aktu zgonu
- ☐ karta statystyczna do karty zgonu lub inne zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu
- ☐ zaświadczenie z Policji
- ☐ postanowienie o umorzeniu lub inne decyzje z Prokuratury
- ☐ kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej oraz opiekuna prawnego niepełnoletniej osoby uprawnionej
- ☐ odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego
- ☐ odpis skrócony aktu urodzenia Ubezpieczonego
- ☐ dokumentacja medyczna (historia choroby, karta leczenia szpitalnego, wyniki badań, zaświadczenia lekarskie lub inne)
- ☐ protokół z wypadku na terenie zakładu pracy/ szkoły
- ☐ inne: .....

XI UWAGI

XII OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wszystkie dane, o które Concordia Polska T.U. S.A. zapytywało w niniejszym wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zostały podane zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą.
2. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez placówki medyczne oraz inne zakłady ubezpieczeń uprawnionemu przez Towarzystwo lekarzowi informacji niezbędnych do rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Upoważniam Concordia Polska T.U. S.A. stosownie do przepisów ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o udostępnianiu informacji gospodarczych i wymianie danych gospodarczych do pozyskania z Biura Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. (BIG InfoMonitor) dotyczących mnie informacji gospodarczych oraz do pozyskania za pośrednictwem BIG InfoMonitor danych gospodarczych z Biura Informacji Kredytowej S.A. i Związku Banków Polskich, w tym między innymi oceny punktowej (scoring), w zakresie niezbędnym do dokonania oceny wiarygodności płatniczej. Jednocześnie upoważniam w/w przedsiębiorcę do pozyskania z BIG InfoMonitor informacji dotyczących składanych zapytań na mój temat do Rejestru BIG InfoMonitor w ciągu ostatnich 12 miesięcy. ☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych. Wyrażenie zgody nie jest obowiązkowe. ☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody

Wyrażam TAK □ NIE □ zgodę na otrzymywanie wszelkiej korespondencji ze strony Towarzystwa drogą elektroniczną**

na adres mailowy .....

Oświadczam, iż na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą.

Miejscowość	Podpis osoby uprawionej do ubiegania się o świadczenie
Data	