

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**

UBEZPIECZENIE GRUPOWE OD RYZYKA UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU WSKUTEK UTRATY PRACY DLA KLIENTÓW BANKU

Wnioskuje o wypłatę świadczenia z tytułu utraty stałego źródła dochodu wskutek utraty pracy.

**1. Ubezpieczony:**

PESEL:

Nazwisko: .....

Imiona: ..... / .....

**2. Dane kredytu:**

Nr umowy kredytowej .....

Liczba ubezpieczonych kredytobiorców .....

**3. Sposób wypłaty świadczenia:**

Przelew na rachunek bankowy – wskazany przez Bank w umowie kredytowej - nr:

Nazwa banku prowadzącego rachunek:.....

**4. Data zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. data utraty pracy:**

(DD/MM/RRRR)

**5. Załączono dokumenty**

*(prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola i dołączenie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem)*

- świadectwo pracy,
- zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej,
- zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o dochodach za ostatnie 6 m-cy prowadzenia działalności gospodarczej,
- postanowienie sądu o ogłoszenie upadłości lub odmowie jej ogłoszenia wskutek braku wystarczającego majątku do przeprowadzenia postępowania upadłościowego,
- zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające posiadanie statusu bezrobotnego,
- dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych,
- kserokopia umowy kredytowej wraz z harmonogramem spłat obowiązującym w dniu składania roszczenia

*Jednocześnie oświadczam, iż jest mi wiadomym, że przed wypłatą każdego, kolejnego świadczenia miesięcznego zobowiązana/-ny jestem dostarczyć dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych a po ustaniu prawa do tego zasiłku – zaświadczenia urzędu pracy potwierdzającego posiadanie statusu bezrobotnego.*

**6. Informacje o osobie składającej Wniosek:**

Nazwisko: ..... Imię: .....

Adres korespondencyjny:.....

Telefon kontaktowy: .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis osoby składającej wniosek

Wszystkie informacje zawarte w niniejszym dokumencie oraz w załączonych dokumentach traktowane są przez Towarzystwo jako poufne.