

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

### Jak zgłosić szkodę?



#### ONLINE

Za pomocą formularza na [www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl)  
lub mailowo na adres [szkody@tueuropa.pl](mailto:szkody@tueuropa.pl)



#### TELEFONICZNIE

Dzwoniąc na infolinię  
**801 500 300\* | 71 36 92 887**  
w godz. 8.00 - 20.00 od poniedziałku do piątku  
w sobotę w godz. 8.00 - 16.00  
\*według stawek operatora



#### PISEMNIE

Wysyłając zgłoszenie na adres centrali

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.  
ul. Gwiaździsta 62  
53-413 Wrocław

### Masz pytania?



Napisz do nas:  
[bok@tueuropa.pl](mailto:bok@tueuropa.pl)

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.  
ul. Gwiaździsta 62 53-413 Wrocław



Zadzwoń na infolinię  
**801 500 300\* | 71 36 92 887**  
w godz. 8.00 - 20.00  
od poniedziałku do piątku  
w godz. 8.00 - 16.00 w soboty  
\*opłata wg stawek operatora



Zamów rozmowę na  
[www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl)



Porozmawiajmy na czacie



Porozmawiajmy na Messenger  
[@grupa.europa](https://www.facebook.com/grupa.europa)

### Prosimy o wypełnienie wniosku DRUKOWANYMI LITERAMI

Numer polisy /certyfikatu lub umowy kredytu / pożyczki (wpisz, jeśli posiadasz te dane)

### Podaj rodzaj zdarzenia

- ☐ Zgon/zgon w wyniku Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku (NNW)
- ☐ Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku (NNW)
- ☐ Całkowita niezdolność do pracy potwierdzona orzeczeniem ZUS/KRUS
- ☐ Częściowa niezdolność do pracy potwierdzona orzeczeniem ZUS/KRUS
- ☐ Czasowa niezdolność do pracy potwierdzona zwolnieniem lekarskim
- ☐ Poważne zachorowanie
- ☐ Hospitalizacja
- ☐ Inwalidztwo
- ☐ Utrata stałego źródła dochodu/utrata pracy

|                                                 |                                          |                                        |                                        |           |  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------|--|
| <b>Dane zgłaszającego</b>                       |                                          |                                        |                                        |           |  |
| Imię                                            |                                          | Nazwisko                               |                                        |           |  |
| PESEL (data urodzenia w przypadku obcokrajowca) |                                          |                                        |                                        |           |  |
| Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu*  |                                          |                                        |                                        |           |  |
| Obywatelstwo*                                   |                                          |                                        |                                        |           |  |
| Adres do korespondencji                         |                                          |                                        |                                        |           |  |
| Ulica                                           |                                          | Nr domu                                |                                        | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy                                    | Miejscowość                              | Kraj                                   |                                        |           |  |
| Adres e-mail                                    |                                          | Telefon kontaktowy                     |                                        |           |  |
| Kim jestem?                                     | <input type="checkbox"/> ubezpieczającym | <input type="checkbox"/> ubezpieczonym | <input type="checkbox"/> uprawnionym   |           |  |
|                                                 | <input type="checkbox"/> poszkodowanym   | <input type="checkbox"/> sprawcą       | <input type="checkbox"/> osobą trzecią |           |  |

\*prosimy o podanie, jeżeli jako zgłaszający, jesteś również uprawnionym do otrzymania świadczenia

|                                                         |             |                    |  |           |  |
|---------------------------------------------------------|-------------|--------------------|--|-----------|--|
| <b>Dane ubezpieczonego (jeśli inny niż zgłaszający)</b> |             |                    |  |           |  |
| Imię                                                    |             | Nazwisko           |  |           |  |
| PESEL (data urodzenia w przypadku obcokrajowca)         |             |                    |  |           |  |
| Adres zamieszkania                                      |             |                    |  |           |  |
| Ulica                                                   |             | Nr domu            |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy                                            | Miejscowość | Kraj               |  |           |  |
| Adres e-mail                                            |             | Telefon kontaktowy |  |           |  |

|                                                                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia (prosimy abyś podał znane Ci okoliczności zdarzenia, takie jak czas wystąpienia (data, godzina); miejsce powstania, w tym krótki opis leczenia)</b> |  |
| Data i godzina                                                                                                                                                                                    |  |
| Miejsce powstania                                                                                                                                                                                 |  |
| Opis zdarzenia                                                                                                                                                                                    |  |
| Krótki opis leczenia                                                                                                                                                                              |  |

|                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Adres przychodni lub lekarza rodzinnego ubezpieczonego (nie dotyczy utraty stałego źródła dochodu/utraty pracy)</b> |
|                                                                                                                        |

**Wykaz dokumentów, które są wymagane do rozpatrzenia zgłoszenia.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zgon Ubezpieczonego/zgon w wyniku Następstwa Nieszczęśliwego Wypadku (NNW)                                                                                                                                                                                                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odpis aktu zgonu ubezpieczonego</li> <li>2. Dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu ubezpieczonego (np. informacja policji lub prokuratury, jeśli zostały sporządzone)</li> <li>3. Zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu)</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Całkowita/częściowa niezdolność do pracy                                                                                                                                                                                                                                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orzeczenie ZUS/KRUS zgodne z warunkami ubezpieczenia</li> <li>2. Dokumentacja, na podstawie której wydano orzeczenie</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Czasowa niezdolność do pracy                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zaświadczenie/potwierdzenie od lekarza o czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Poważne zachorowanie                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopia dokumentacji medycznej stwierdzającej poważne zachorowanie</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Hospitalizacja                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu</li> <li>2. Historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego)</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Inwalidztwo                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzające utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Utrata stałego źródła dochodu/<br>utrata pracy                                                                                                                                                                                                                                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. W przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody na podstawie stosunku pracy: świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy</li> <li>2. W przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego: potwierdzenie rozwiązania kontraktu menedżerskiego i kopia kontraktu menedżerskiego</li> <li>3. W przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, odpowiednio: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zaświadczenie o wykreśleniu z Ewidencji działalności gospodarczej</li> <li>2) Zaświadczenie o statusie bezrobotnego</li> <li>3) Oświadczenie określające podstawę prawną, która wpłynęła na wykreślenie z Ewidencji działalności gospodarczej</li> <li>4) Oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu umowy cywilno-prawnej z ubezpieczonym</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Uwaga :</b> Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego należy dostarczyć p aktualny dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych, a gdy okres pobrania zasiłku się skończył– zaświadczenie potwierdzające status bezrobotnego</p> |
| <p>Załączenie wymienionych dokumentów przyspieszy przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego.<br/>W uzasadnionych przypadkach poprosimy Cię o inne dokumenty lub informacje bezpośrednio związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności tego zdarzenia.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

**Dane do wypłaty świadczenia – podaj dane właściciela rachunku bankowego**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Właściciel rachunku      |  |
| Numer rachunku bankowego |  |

**Oświadczam, że:**

1. Informacje zamieszczone w niniejszym druku podałam/em zgodnie z prawdą i moja najlepsza wiedza. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych.
2. Zostałam/-łam poinformowany/-a na temat celów i zasad przetwarzania danych osobowych przez TU Europa S.A oraz TU na Życie Europa. S.A. w Karcie informacyjnej RODO, która stanowi załącznik do niniejszego dokumentu.

**Zaznaczenie tych zgód usprawni i przyspieszy naszą komunikację w trakcie rozpatrywania zgłoszenia**

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o zgłoszonej szkodzie:

☐

elektronicznie na podany w zgłoszeniu adres e-mail

☐

drogą SMS na podany w zgłoszeniu numer telefonu

**Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem**

Data

Podpis zgłaszającego

**UWAGA !!!**

Jeśli jako zgłaszający, jesteś również uprawniony do otrzymania świadczenia, prosimy o wypełnienie załącznika 1 do niniejszego wniosku.

**Potwierdzenie osoby przyjmującej wniosek ((jeśli zgłoszenie składane jest za pośrednictwem np. banku)**

Imię

Nazwisko

Data

Miejscowość

Pieczęć służbowa/oddziału

**Twoja opinia jest dla nas ważna**

Zapraszamy Cię do wypełnienia krótkiej anonimowej ankiety dotyczącej produktów i obsługi Grupy Ubezpieczeniowej Europa.

Bardzo zależy nam na Twojej opinii. Dzięki niej będziemy mogli ciągle się doskonalić. Link do ankiety: <http://www.tueuropa.pl/ankietasatysfakcji>



## Kto jest administratorem Twoich danych osobowych?

Administratorem podanych przez Ciebie danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu lub Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu (w zależności który administrator przeprowadzi postępowanie likwidacyjne).

Możesz się z nami skontaktować:

- wysyłając e-mail na adres [bok@tueuropa.pl](mailto:bok@tueuropa.pl)
- wypełniając formularz kontaktowy na naszej stronie [tueuropa.pl](http://tueuropa.pl)
- dzwoniąc pod numer 801 500 300 lub 71 369 28 87 (opłata wg stawek operatora)
- pisząc na adres naszej siedziby

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych możesz skontaktować się również bezpośrednio z naszym inspektorem ochrony danych wysyłając e-mail na adres [iod@tueuropa.pl](mailto:iod@tueuropa.pl).



## W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe przetwarzamy:

- na podstawie konieczności przetwarzania do wykonania umowy ubezpieczenia, obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz na podstawie Twojej zgody w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, w tym pozyskania dokumentacji o Twoim stanie zdrowia od podmiotów świadczących usługi medyczne
- na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w celu wypełnienia przez administratora obowiązków wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz w celu wypełnienia przez administratora obowiązków wynikających z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS) – dotyczy TU na Życie Europa S.A.
- na podstawie konieczności przetwarzania danych do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora w celu podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym.



## Jakie przysługują Ci prawa w zakresie przetwarzania Twoich danych osobowych?

Zawsze możesz poprosić nas o dostęp do swoich danych osobowych. Możesz również skorzystać z prawa żądania sprostowania swoich danych osobowych, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania:

- w zakresie, w jakim przetwarzamy dane osobowe w oparciu o prawnie uzasadniony interes administratora, przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych
- w zakresie, w jakim przetwarzamy dane osobowe na podstawie Twojej zgody masz prawo jej wycofania w dowolnym momencie; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonaliśmy na podstawie zgody przed jej wycofaniem
- w zakresie, w jakim przetwarzamy dane osobowe w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody – przysługuje Ci także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od nas swoich danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego np. w formacie.csv.xml; możesz przestać te dane osobowe innemu administratorowi danych osobowych
- przysługuje Ci również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.



W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Biurem Obsługi Klienta lub naszym inspektorem ochrony danych.



## Jak przetwarzamy Twoje dane osobowe?

W związku z przetwarzaniem podanych przez Ciebie danych osobowych, decyzje dotyczące Twojej osoby będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Decyzje te będą dotyczyły wysokości składki ubezpieczeniowej.

W przypadku tak podjętej decyzji, masz prawo do jej zakwestionowania, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji naszego pracownika w tym zakresie.



## Kto może być odbiorcą Twoich danych osobowych?

Twoje dane osobowe mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie, m.in. reasekuratorom, asystorom, dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym w celu windykacji należności, podmiotom, którym zlecono prowadzenie czynności w postępowaniu likwidacyjnym – przy czym podmioty te będą przetwarzać dane na podstawie zawartej z nami umowy i wyłącznie w zakresie, w jakim zostanie wydane im polecenie.

Nie przekazujemy Twoich danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.



## Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?

Podanie przez Ciebie danych osobowych jest konieczne do wykonania umowy ubezpieczenia i przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego.



Bez podania danych osobowych nie jest możliwe rozpatrzenie Twojego zgłoszenia.



## Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych osobowych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

Przestaniemy przetwarzać Twoje dane osobowe w momencie, kiedy zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych osobowych w oparciu o prawnie uzasadniony interes administratora.

## Załącznik 1 do wniosku o wypłatę świadczenia

### Oświadczenie zgłaszającego

#### Dane zgłaszającego roszczenie:

Imię i nazwisko:

Mając świadomość, że oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej na podstawie Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 z późn. zm.) w zw. z art. 9e ust. 5 Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 299 z późn. zm.) za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, niniejszym oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

☐ TAK ☐ NIE

Zgodnie z art. 2 pkt 1f) Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne (PEP) rozumie się:

- szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affairs oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych - którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach,
  - małżonków osób, o których mowa w lit. a) lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a), małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
  - które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a), w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób
- mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Data złożenia oświadczenia:

Podpis składającego oświadczenie

#### POUCZENIE:

W przypadku, gdy zgłaszający oświadczy, że jest osobą na eksponowanym stanowisku politycznym, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. ma możliwość zastosowania wzmożonych środków bezpieczeństwa finansowego, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

#### Wypełnia upoważniona osoba:

Stwierdzam zgodność podanych danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdzam własnoręczność złożonego podpisu.

#### Potwierdzenie osoby przyjmującej oświadczenie (jeśli zgłoszenie składane jest za pośrednictwem np. banku)

|                                                 |  |             |  |
|-------------------------------------------------|--|-------------|--|
| Imię                                            |  | Nazwisko    |  |
| Numer RAU osoby wykonującej czynności agencyjne |  |             |  |
| Data                                            |  | Miejscowość |  |
| Pieczęć służbowa/oddziału                       |  |             |  |

Towarzystwo Ubezpieczeń  
Europa S.A.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie  
Europa S.A.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, KRS 0000002736,  
NIP 895 10 07 276, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 37 800 000 zł  
Zezwolenie MF nr DU/2849/A/CG/94 z 07.11.1994 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, KRS 0000092396,  
NIP 895 17 65 137, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 307 200 000 zł  
Zezwolenie MF nr FI/756/AU/KF/2001 z 17.01.2002 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej

ul. Gwiaździsta 62,  
53-413 Wrocław  
tel. 71 36 92 700, fax 71 36 92 707

tueuropa.pl

Biuro Obsługi Klienta  
tel. 801 500 300, 71 36 92 887  
koszt połączenia zgodny z taryfą operatora

bok@tueuropa.pl