MultiBank BRE Ubezpieczenia

NR POLISY GENERALNEJ 9000025

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

z tytułu UMOWY UBEZPIECZENIA SPŁATY KREDYTU dla Kredytobiorców BRE Banku SA „PAKIET MULTIBEZPIECZNY" – kredytów gotówkowych

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE:

NUMER TEL. KONTAKTOWEGO:

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE:

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO:

NR PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO:

NUMER UMOWY KREDYTU

NUMER TEL. KONTAKTOWEGO:

NUMER RACHUNKU PRZEZNACZONEGO DO SPŁATY KREDYTU, NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ ŚWIADCZENIE:

☐ * **ROSZCZENIE DOTYCZĄCE ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

data zgonu (dd/mm/rr)

/ /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego:

Załączniki:
(zaznaczyć właściwe X)

- ☐ Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- ☐ Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- ☐ Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat
- ☐ Zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze
- ☐ Zaświadczenie MultiBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia
- ☐ Inne dokumenty:

☐ * **ROSZCZENIE DOTYCZĄCE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA**

data poważnego zachorowania

/ /

rodzaj poważnego zachorowania

Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania:

Załączniki:
(zaznaczyć właściwe X)

- ☐ Zaświadczenie lekarskie zawierające szczegółowy opis poważnego zachorowania
- ☐ Pełna dokumentacja medyczna obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia
- ☐ Pełna dokumentacja medyczna z prowadzonego leczenia związanego z poważnym zachorowaniem
- ☐ Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat
- ☐ Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)

Prosimy o podanie nazwy i adresu poradni rodzinnej wraz z nazwiskiem lekarza rodzinnego, a w przypadku wcześniejszego leczenia w poradniach specjalistycznych prosimy także o podanie nazw i adresów tych poradni:

.....

.....

.....

* - właściwe zaznaczyć X

☐ * **ROSZCZENIE DOTYCZĄCE CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIUKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

data zajścia zdarzenia(dd/mm/rr)	przyczyna niezdolności do pracy
☐☐ / ☐☐ / ☐☐	

Szczegółowe okoliczności zajścia wypadku:

Załączniki: (zaznaczyć właściwe X)

- ☐ Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS określające całkowitą trwałą niezdolność do pracy
- ☐ Pełna dokumentacja medyczna obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia
- ☐ W przypadku całkowitej trwałej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym – notatka Policji z zajścia wypadku
- ☐ Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat
- ☐ Zaświadczenie MultiBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia

Czy do całkowitej trwałej niezdolności do pracy doszło wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa?

☐ TAK ☐ NIE

Prosimy o podanie nazwy i adresu poradni rodzinnej wraz z nazwiskiem lekarza rodzinnego, a w przypadku wcześniejszego leczenia w poradniach specjalistycznych prosimy także o podanie nazw i adresów tych poradni:

.....

.....

* - właściwe zaznaczyć X

---

1) Czy do zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku/poważnego zachorowania / całkowitej trwałej niezdolności do pracy ** doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza?
   ☐ TAK ☐ NIE
2) Czy do zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku/poważnego zachorowania / całkowitej trwałej niezdolności do pracy ** doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?
   ☐ TAK ☐ NIE

W przypadku zaznaczenia TAK, prosimy o podanie dyscypliny sportowej: .....

** - niewłaściwe skreślić

---

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Ks. I. Skorupki 5, moich danych osobowych, w tym danych na temat stanu mojego zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia Spłaty Kredytu dla Kredytobiorców BRE Banku SA „Pakiet MultiBezpieczny" (**Dotyczy Ubezpieczonego**).
2. Wyrażam zgodę na zwolnienie BRE Banku SA z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia. (**Dotyczy Ubezpieczonego**)
3. Wyrażam zgodę na zasięganie przez osobę upoważniona przez BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem, informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczenia lub wysokości świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Spłaty Kredytu dla Kredytobiorców BRE Banku SA „Pakiet MultiBezpieczny" (**Dotyczy Ubezpieczonego**).
4. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Ks. I. Skorupki 5, moich danych osobowych celu związanym likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego **(Dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe).**

podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę świadczenia	podpis Ubezpieczonego	miejscowość i data

---

Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. 801 884 444, 22 459 10 00

Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres
BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.
Ul. Ks. Skorupki 5
00-963 Warszawa