

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Spłaty Kredytu dla Kredytobiorców BRE Banku SA „PAKIET MULTIBEZPIECZNY”

Dane Ubezpieczonego

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Numer Umowy Kredytu

Telefon kontaktowy

Numer rachunku przeznaczonego do spłaty kredytu, na który należy przekazać świadczenie:

* Roszczenie dotyczące śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Data zajścia zdarzenia (d-m-rrrr)

/ /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego:

- Załączniki: Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- (zaznaczyć właściwe X) Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego/Uprawnionego
- Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym 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 zajścia zachorowania (dd/mm/rr)

od / / do / /

Rodzaj poważnego zachorowania

Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania:

- Załączniki: Pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania/przebytej operacji
- (zaznaczyć właściwe X) Pełna dokumentacja medyczna dotycząca prowadzonego leczenia z tytułu zgłoszonego poważnego zachorowania/operacji chirurgicznej, obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia
- Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym harmonogramem spłat
- Kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- Inne dokumenty

* właściwe zaznaczyć X

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:

* Roszczenie dotyczące całkowitej trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

od / / do / /

Przyczyna niezdolności do pracy _____

Szczegółowe okoliczności zajścia wypadku:

- Załączniki: Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS określające całkowitą trwałą niezdolność do pracy
 (zaznaczyć właściwe X) 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 aktualnym harmonogramem spłat
 Zaświadczenie MultiBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia

* właściwe zaznaczyć X

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:

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

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

** – niewłaściwe skreślić

- Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUIR Allianz Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1 moich danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia Spłaty Kredytu dla Kredytobiorców BRE Banku SA.
- Wyrażam zgodę na zwolnienie BRE Banku SA z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie TUIR Allianz Polska S.A., przez placówki służby zdrowia, lekarzy oraz grupowe praktyki lekarskie dokumentacji medycznej oraz informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, w celu realizacji Umowy Ubezpieczenia w zakresie ustalenia odpowiedzialności TUIR Allianz Polska S.A. z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem.
- 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.

Miejscowość _____

Data / /

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę świadczenia _____

Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. 0-801 10 20 30 lub +48 22 567 40 00

Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres: TUIR Allianz Polska S.A. Centrum Obsługi Klienta, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa