

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
z tytułu Umowy Ubezpieczenia Spłaty Rat Kredytu dla Firm

imię i nazwisko Ubezpieczonego:

nr PESEL:

adres zamieszkania Ubezpieczonego:

numer Umowy kredytu

Rodzaj kredytu: krótkoterminowy długoterminowy

numer tel. kontaktowego:

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

*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY LUB
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

data pobytu w szpitalu (dd/mm/rr)

od

 / /

do

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku lub choroby powodującej pobyt w szpitalu:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne
 Historia pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub NW
 Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat
 Inne dokumenty:

*

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA / OPERACJI

data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

 / /

rodzaj poważnego zachorowania/operacji

Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania/ operacji:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Zaświadczenie lekarskie zawierające szczegółowy opis poważnego zachorowania/przebytej operacji
 Pełna dokumentacja medyczna obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia
 Pełna dokumentacja medyczna z prowadzonego leczenia związanego z poważnym zachorowaniem/ przebytą operacją
 Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat
 Inne dokumenty:

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 poważnego zachorowania /operacji/pobytu w szpitalu** doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza?

TAK NIE

2) Czy do poważnego zachorowania /operacji/pobytu w szpitalu** doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?

TAK NIE

W przypadku zaznaczenia TAK, prosimy o podanie dyscypliny sportowej:

** - niewłaściwe skreślić

1. Zgodnie z art. 23 ust.1 pkt.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BRE Ubezpieczenia TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Ks. I. Skorupki 5 oraz BRE Ubezpieczenia Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Ks. I. Skorupki 5, moich danych osobowych, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia Spłaty Kredytu dla Kredytobiorców BRE Banku SA.

2. Wyrażam zgodę na zwolnienie BRE Banku SA z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia.

3. Wyrażam zgodę na udostępnienie BRE Ubezpieczenia TU 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 BRE Ubezpieczenia TU S.A. z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem.

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.

podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę świadczenia

miejsowość i data

Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. Centrum Likwidacji Szkód tj. 0801 884 444; +48 58 766 34 44.

Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres Centrum Likwidacji Szkód STU Ergo Hestia S.A., ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.