

NR POLISY GENERALNEJ 9000044**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA****z tytułu UMOWY UBEZPIECZENIA Kredytobiorców Banku „BEZPIECZNE RACHUNKI”**

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, NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ ŚWIADCZENIE:

*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU
CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

DATA ZAJŚCIA ZDARZENIA(DD/MM/RR)

PRZYCZYNA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Szczegółowe okoliczności zajścia zdarzenia:

Załączniki:

- Zaświadczenie stwierdzające przyczynę czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wystawione przez lekarza lub odnośne władze
- Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby lub nieszczęśliwego wypadku
- W przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym - notatka Policji z zajścia wypadku
- Kserokopia zwolnienia lekarskiego poświadczająca czasowa niezdolność do pracy potwierdzona za zgodność z oryginałem
- Faktury lub rachunki do pokrycia których zobowiązany był Ubezpieczony w okresie po wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy wraz z potwierdzeniami dokonania miesięcznych opłat eksploatacyjnych z tego tytułu
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- Kopia pierwszej strony umowy kredytu
- W przypadku gdy Ubezpieczony występuje jako najemca - kopie umowy najmu nieruchomości, której dotyczą miesięczne opłaty eksploatacyjne

Czy do czasowej 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 czasowej niezdolności do pracy doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza?

TAK NIE

2) Czy do czasowej niezdolności do pracy doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?

TAK NIE

W przypadku zaznaczenia TAK, prosimy o podanie dyscypliny sportowej:

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 Kredytobiorców Banku „Bezpieczne Rachunki” (**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 upoważnioną 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 Kredytobiorców Banku „Bezpieczne Rachunki” (**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 w celu związanym likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego (**Dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe**).

podpis osoby zgłaszającej roszczenie
o wypłatę świadczenia

podpis Ubezpieczonego

miejsowość 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**