

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
z tytułu Umowy Ubezpieczenia SPŁATY KREDYTU dla Kredytobiorców BRE Banku SA

imię i nazwisko Ubezpieczonego:

nr PESEL:

adres zamieszkania Ubezpieczonego:

numer Umowy kredytu

Rodzaj kredytu: gotówkowy samochodowy

numer tel. kontaktowego:

numer rachunku przeznaczanego 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
- Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat
- Zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze
- Zaświadczenie mBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia
- 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
- Zaświadczenie mBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego
- 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
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego

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 / CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

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 lub
 - Pełna dokumentacja medyczna obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia
 - W przypadku czasowej niezdolności do pracy pełna historia pobytu w szpitalu łącznie z wywiadem w dniu przyjęcia do szpitala
 - W przypadku całkowitej trwałej lub czasowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym - notatka Policji z zajścia wypadku
 - Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat, a w przypadku czasowej niezdolności do pracy aktualny harmonogram spłat kredytu
 - Zaświadczenie mBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia
 - Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
 - Kopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne

Czy do całkowitej trwałej lub 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 zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku/poważnego zachorowania /operacji/całkowitej trwałej/ czasowej 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 /operacji/całkowitej trwałej/ czasowej 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. 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

--

miejsce 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.