

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Spłaty Rat Kredytu dla Kredytobiorców mBanku

„Pakiet Standard” „Pakiet Komfort” „Pakiet Optimum”

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 przeznaczony 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: Kserokopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne
 (zaznaczyć właściwe X) Historia pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub NW
 Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym harmonogramem spłat
 Kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
 Inne dokumenty

* Roszczenie dotyczące poważnego zachorowania / operacji

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)
 od ____ / ____ / _____
 Rodzaj poważnego zachorowania/operacji _____
 Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania/ operacji:

- 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

Od listopada 2013 r. zmienia się nazwa firmy i skrót Banku z „BRE Bank S.A.” na „mBank Spółka Akcyjna” oraz „mBank S.A.”. Zasady oferowania oraz obsługi produktów pozostają bez zmian.

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 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

- 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. 801 10 20 30 dla telefonów stacjonarnych oraz pod numerem +48 22 567 67 00 dla telefonów komórkowych.

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