

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

Nr szkody _____ - _____

Dane Ubezpieczonego/Dane Zgłaszającego roszczenie w przypadku zgonu Ubezpieczonego**

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Stopień pokrewieństwa** _____

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 (dd/mm/rrrr)

____ / ____ / _____

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego/Uprawnionego (jeśli jest osoba fizyczną)
- Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym harmonogramem spłat /pierwotnym harmonogramem** (o ile posiada)
- Zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze (o ile posiada)
- Zaświadczenie MultiBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia
- Inne dokumenty

* Roszczenie dotyczące poważnego zachorowania

Data zajścia zachorowania (dd/mm/rrrr) ____ / ____ / _____

Rodzaj poważnego zachorowania _____

Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania
- Pełna dokumentacja medyczna dotycząca prowadzonego leczenia z tytułu zgłoszonego poważnego zachorowania, obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia (o ile posiada)
- Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym harmonogramem spłat /pierwotnym harmonogramem** (o ile posiada)
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- Inne dokumenty

* właściwe zaznaczyć X

** – w przypadku całkowitej, wcześniejszej spłaty kredytu

Od listopada 2013 r. zmienia się nazwa firmy i skrót Banku z „BRE Bank Spółka Akcyjna” i „BRE Bank S.A.” na „mBank Spółka Akcyjna” oraz „mBank S.A.”. W związku z powyższym zmienia się nazwę „MultiBank” na „mBank”. 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:

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

Data zajścia zdarzenia – nieszczęśliwego wypadku (dd/mm/rrrr) / /

Data orzeczenia ZUS (dd/mm/rrrr) / /

Przyczyna niezdolności do pracy _____

Szczegółowe okoliczności zajścia wypadku: _____

- Załączniki: Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS określające całkowitą trwałą niezdolność do pracy
 (zaznaczyć właściwe X) Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
 W przypadku całkowitej trwałej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym – notatka Policji z zajścia wypadku (o ile posiada)
 Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym harmonogramem spłat /pierwotnym harmonogramem*** (o ile posiada)
 Zaświadczenie MultiBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia

* właściwe zaznaczyć X

Czy do zgonu lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku 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:

W przypadku zdarzeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, należy dołączyć opis okoliczności wypadku (notatka policyjna) z podaniem adresu organu prowadzącego sprawę (Policji lub prokuratury) wraz z sygnaturą sprawy.

1) Czy przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiła wcześniejsza spłata kredytu?
 TAK NIE Jeśli tak – Proszę podać datę wcześniejszej spłaty (dd/mm/rrrr): / /

Nr rachunku, na który należy przekazać świadczenie w przypadku całkowitej, wcześniejszej spłaty kredytu:

2) 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

3) 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

*** – w przypadku całkowitej, wcześniejszej spłaty kredytu

- | | |
|---|--|
| <p>1. 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.</p> <p>2. Wyrażam zgodę na zwolnienie mBanku SA z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia.</p> | <p>3. 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.</p> <p>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.</p> |
|---|--|

Miejscowość _____ Data / / Podpis Ubezpieczonego/ Zgłaszającego 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 Obsługi Klienta, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa