

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

## 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 przeznaczonego do spłaty kredytu, na który należy przekazać świadczenie:  
\_\_\_\_\_

## \* Roszczenie dotyczące śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Data zajścia zdarzenia (d-m-rrrr)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Załączniki:  Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- (zaznaczyć właściwe X)  Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego/Uprawnionego
- Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym harmonogramem spłat
- Zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze
- Zaświadczenie MultiBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia
- Inne dokumenty

## \* Roszczenie dotyczące poważnego zachorowania

Data zajścia zachorowania (dd/mm/rr)

od \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Rodzaj poważnego zachorowania \_\_\_\_\_

Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 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

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 (dd/mm/rr)

od  /  /  do  /  /

Przyczyna niezdolności do pracy \_\_\_\_\_

Szczegółowe okoliczności zajścia wypadku:

---

---

---

---

---

---

---

---

- Załączniki:  Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS określające całkowitą trwałą niezdolność do pracy  
 (zaznaczyć właściwe X)  Pełna dokumentacja medyczna obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia  
 W przypadku całkowitej trwałej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym – notatka Policji z zajścia wypadku  
 Kopia Umowy kredytu wraz z aktualnym harmonogramem spłat  
 Zaświadczenie MultiBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia

\* właściwe zaznaczyć X

Czy do całkowitej trwałej 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:

---

---

---

---

---

---

---

---

- 1) Czy do poważnego zachorowania /operacji/pobyty w szpitalu\*\* doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza?  TAK  NIE  
 2) Czy do poważnego zachorowania /operacji/pobyty 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 TU 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 TU 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 TU 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. 0-801 10 20 30 lub +48 22 567 40 00

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