

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 WYNIUKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

data zajścia zdarzenia(dd/mm/rr)

przyczyna niezdolności do pracy

Szczegółowe okoliczności zajścia zdarzenia:

Załączniki:

(właściwe zaznaczyć X)

- Zaświadczenie stwierdzające przyczynę czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wystawione przez lekarza lub odnośne władze
- Pełna 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. Zgodnie z Ustawą 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 TUIR S.A. 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. (**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 udostępnienie BRE Ubezpieczenia TUIR 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 TUIR S.A. z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. (**Dotyczy Ubezpieczonego**)

4. 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**)

5. 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

podpis Ubezpieczonego

miejsowość 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.