

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**
**z tytułu Umowy Ubezpieczenia Spłaty Rat Kredytu dla Kredytobiorców MultiBanku „Pakiet Bezpieczna Spłata”**

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

Rodzaj kredytu:

MultiPlan

WWJ



numer tel. kontaktowego:

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:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne  
 Historia pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub NW  
 Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat  
 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  
 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

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 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

---

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 Splaty 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. 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.

5. 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**)

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.**