

# Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Spłaty Kredytu Samochodowego 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 odnośnie 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:
- (zaznaczyć właściwe X)
- Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS określające całkowitą trwałą niezdolność do pracy
  - 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 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
- 2) 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

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.
2. Wyrażam zgodę na zwolnienie BRE Banku SA z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia.
3. W przypadku wystąpienia całkowitej i trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub poważnego zachorowania 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.
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.

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: TUIR Allianz Polska S.A. Centrum Obsługi Klienta, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa