

NR POLISY GENERALNEJ 9000017/9000019\*\*

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA  
Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA SPŁATY RAT KREDYTU**

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 PRZEZNACZONEGO 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 CHIRURGICZNEJ\*\***

data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)			rodzaj poważnego zachorowania/operacji		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania/ operacji:

- Załączniki:  Zaświadczenie lekarskie zawierające szczegółowy opis poważnego zachorowania/przebytej operacji  
(zaznaczyć właściwe X)  Dokumentacja medyczna obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia  
 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  
\*\* - niewłaściwe skreślić

- 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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Ks. I. Skorupki 5, moich danych osobowych, w tym danych na temat stanu mojego zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia (**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 zasięgnięcie przez osobę upoważnioną przez BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem, informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczenia lub wysokości świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia (**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 z likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego (**Dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe**).

podpis osoby zgłaszającej roszczenie  
o wypłatę świadczenia

podpis Ubezpieczonego

miejsce i data

**Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. 801 884 444, 22 459 10 00**

**Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres  
BRE Ubezpieczenia TUIR S.A.  
Ul. Ks. Skorupki 5  
00-963 Warszawa**