

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. Zgodnie z art. 23 ust.1 pkt.1 ustawy 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 TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Królewskiej 14 oraz BRE Ubezpieczenia Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Królewskiej 14, moich danych osobowych, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia Spłaty Kredytu dla Kredytobiorców i Pożyczkobiorców MultiBanku.
2. Wyrażam zgodę na zwolnienie BRE Banku SA z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia.
3. Wyrażam zgodę na udostępnienie BRE Ubezpieczenia TU 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 TU 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.

podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę odszkodowania/świadczenia

miejsowość i data

Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. Centrum Likwidacji Szkód tj. 0801 884444; +48 58 76634 44.

Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres Centrum Pomocy BRE Ubezpieczenia - Biuro Likwidacji Szkód STU Ergo Hestia S.A., ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.