

Wniosek o wypłatę świadczenia dla Klientów mBanku

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”
WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE

I. DOTYCZY UBEZPIECZONEGO

Numer umowy kredytowej _____ Data przystąpienia do ubezpieczenia **DD MM RRRR** _____
Nazwisko _____ PESEL _____
Imiona _____

II. DOTYCZY UBEZPIECZONEGO

Numer umowy kredytowej _____ Data przystąpienia do ubezpieczenia **DD MM RRRR** _____
Nazwisko _____ PESEL _____
Imiona _____

III. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU

Śmierć
 Całkowita trwała niezdolność do pracy
Data zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego: **DD MM RRRR** _____

IV. OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK

Nazwisko _____ Imię _____
Adres korespondencyjny: _____ Telefon _____

V. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO*

Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, o ile Towarzystwo uzna to za niezbędne celem wyjaśnienia wszelkich wątpliwości związanych z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego.

Data _____ miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego _____

* Należy podpisać w przypadku gdy wniosek o wypłatę świadczenia dotyczy całkowitej trwałej niezdolności do pracy

WYPEŁNIA BRE BANK S.A.

I. UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

BRE Bank S.A., Departament Bankowości Elektronicznej (mBank)
ul. Senatorska 18, Warszawa

II. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Przelew na rachunek bankowy Uprawnionego do wypłaty świadczenia BRE Banku S.A. numer: _____

III. SALDO ZADŁUŻENIA

Saldo zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego: _____ zł

IV. DO WNIOSKU ZAŁĄCZONO KOPIE NASTĘPUJĄCYCH DOKUMENTÓW:

- | | |
|---|---|
| 1. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego | 5. Kopia umowy kredytu |
| 2. Odpis aktu zgonu | 6. Harmonogram spłat kredytu |
| 3. Dokument stwierdzający przyczynę śmierci | 7. W przypadku więcej niż jednego współkredytobiorcy, udokumentowane dochody za rok poprzedzający zajście zdarzenia ubezpieczeniowego |
| 4. Potwierdzona kopia decyzji ZUS lub innego organu rentowego | |

Data _____ miejscowość _____	Podpis osoby składającej Wniosek _____
Data _____ miejscowość _____	Podpis pracownika mBanku S.A. _____
Data _____ miejscowość _____	Podpis pracownika Compensy _____
Data _____ miejscowość _____	Podpis pracownika BRE Ubezpieczenia Sp. z o.o. _____

Wszystkie informacje zawarte w niniejszym dokumencie oraz w załączonych dokumentach traktowane są przez Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group jako poufne.