

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Spłaty Rat Kredytu dla Kredytobiorców Multibanku

Od listopada 2013 r. zmienia się nazwa firmy i skrót Banku z „BRE Bank Spółka Akcyjna” i „BRE Bank S.A.” na „mBank Spółka Akcyjna” oraz „mBank S.A.”. W związku z powyższym zmienia się nazwę „MultiBank” na „mBank”. Zasady oferowania oraz obsługi produktów pozostają bez zmian.

„Pakiet Standard” „Pakiet Komfort” „Pakiet Optimum”

Dane Ubezpieczonego

Imię (imiona) _____
Nazwisko _____
PESEL _____
Adres zamieszkania
Ulica _____
Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____
Kod pocztowy _____ – _____ Poczta _____ Kraj _____
Numer Umowy Kredytu _____
Tel. stacjonarny _____

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/rrrr)

od ____ / ____ / _____ do ____ / ____ / _____

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku lub choroby powodującej pobyt w szpitalu:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kserokopia 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 aktualnym harmonogramem spłat
 Kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
 Inne dokumenty

* Roszczenie dotyczące poważnego zachorowania / operacji

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rrrr)

od ____ / ____ / _____

Rodzaj poważnego zachorowania/operacji

Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania/ operacji:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania/przebytej operacji
 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:

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

- 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. Inflancka 4B 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.
- Wyrażam zgodę na zwolnienie mBanku SA z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie nie 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.
- 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.

Klauzula informacyjna

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych. (TUiR/KI/NT/Z/001)
Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUiR/KI/NT/Z/020)

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUiR/KI/NT/Z/006)
- obsługi zgłoszonej szkody, roszczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania danych do wykonania umowy ubezpieczenia (TUiR/KI/NT/Z/010)
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUiR/KI/NT/Z/011)
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUiR/KI/NT/Z/022)
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUiR/KI/NT/Z/023)
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUiR/KI/NT/Z/024)
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUiR/KI/NT/Z/025)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. (TUiR/KI/NT/Z/018)

Podstawą prawną przetwarzania podanych przez Panią/Pana danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia, w wskazanych celach ich przetwarzania, jest wyrażona przez Panią/Pana wyraźna zgoda. (TUiR/KI/NT/Z/029)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji AWP Health & Life SA, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France; Allianz SE, Königinstrasse 28, D-80802 München, Germany; General Reinsurance AG, Vienna Branch, Wächtergasse 1, 1010 Vienna Austria; AWP P&C S.A Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, Polska; Partner Reinsurance Europe SE Zurich Branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zurich, Switzerland; Sogécap, Tour D2, 17 bis place des Reflets, 92919 Paris La Défense Cedex, France. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUiR/KI/NT/Z/030)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, warsztatom naprawczym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUiR/KI/NT/Z/040)

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUiR/KI/NT/Z/035)
- wnieśnienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby profilowania (TUiR/KI/NT/Z/043)
- wnieśnienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUiR/KI/NT/Z/017)
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (TUiR/KI/NT/Z/036)
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzaniu danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przelać innemu administratorowi danych (TUiR/KI/NT/Z/037)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUiR/KI/NT/Z/038)

Wyrażam dobrowolną zgodę na przesłanie mi dokumentów z informacją związaną z obsługą zgłoszonej szkody lub roszczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym telefonem i poczty elektronicznej. (TUiR/ZD/NT/Z/008)

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. (TUiR/ZD/NT/Z/010)

Miejscowość _____

Data (d-m-r)

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę świadczenia

Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. 801 10 20 30 dla telefonów stacjonarnych oraz pod numerem +48 22 567 67 00 dla telefonów komórkowych.

Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres: TUiR Allianz Polska S.A. Departament Likwidacji Szkód Indywidualnych
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,