

# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DLA KLIENTÓW mBank Hipoteczny

## WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE

### I. DOTYCZY UBEZPIECZONEGO

Numer umowy kredytowej \_\_\_\_\_ Data przystąpienia do ubezpieczenia D,D - M,M - R,R,R,R  
Nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
Imiona \_\_\_\_\_

### II. DOTYCZY UBEZPIECZONEGO

Numer umowy kredytowej \_\_\_\_\_ Data przystąpienia do ubezpieczenia \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
Imiona \_\_\_\_\_

### III. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU

Śmierć  
 Całkowita trwała niezdolność do pracy  
Data zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### 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 D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

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

## WYPEŁNIA BANK

### I. UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

mBank Hipoteczny S.A.  
ul. Prosta 18, 00-850 Warszawa

### II. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Przelew na rachunek bankowy Uprawnionego do wypłaty świadczenia mBanku numer: \_\_\_\_\_

### III. SALDO ZADŁUŻENIA

Saldo zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ zł

### IV. DO WNIOSKU ZAŁĄCZONO KOPIE NASTĘPUJĄCYCH DOKUMENTÓW

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

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ Podpis osoby składającej Wniosek \_\_\_\_\_

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ Podpis pracownika mBanku S.A. \_\_\_\_\_

Data D,D - M,M - R,R,R,R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ Podpis pracownika Vienna Life \_\_\_\_\_

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