

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DLA KLIENTÓW mBanku

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 mBank S.A.

I. UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

mBank 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.