

Bank Spółdzielczy w Szczuczynie

(imię i nazwisko Kredytobiorcy)

(adres Kredytobiorcy)

(PESEL lub MODULO Kredytobiorcy)

KORONAWIRUS

WNIOSEK ZAWIERAJĄCY BRAKI NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY

Dotyczy:

| | |
|----------------------|----------|
| Umowa kredytowa nr.: | e. mail: |
| Rodzaj kredytu: | Telefon: |

Wypełnia bank:

| | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Bank | Bank Spółdzielczy w Szczuczynie |
| adres oddziału | |
| numer wniosku | |
| data wniosku | |
| imię i nazwisko Kredytobiorcy | |
| PESEL/REGON | |
| Seria i nr dowodu osobistego | |
| adres zamieszkania | |

WNIOSEK O ODROTCZENIE SPŁATY RAT KAPITAŁOWYCH W RAMACH WAKACJI KREDYTOWYCH

Podstawa: WSPARCIE ZWIĄZANE Z TRUDNOŚCIAMI EKONOMICZNYMI WYNIKAJĄCE Z PANDEMII KORONAWIRUSA COVID-19

Wnioskowany termin wakacji kredytowych **1/2/3/4/5/6*** raty na okres nie dłuższy niż czas trwania umowy kredytowej.

Uzasadnienie złożenia wniosku (należy wskazać w jaki sposób pogorszyła się sytuacja finansowa oraz przedstawić propozycję zmiany harmonogramu spłaty kredytu):

Niniejszym wnioskuję o Wakacje kredytowe oznaczające odroczenie spłaty rat kapitałowych/kapitałowo-odsetkowych.

Oświadczam, że jestem świadomy, że wybór bez wydłużania okresu kredytowania oznacza, że okres spłaty kredytu pozostaje bez zmian, a wysokość kolejnych rat kapitałowych/kapitałowo-odsetkowych po terminie zakończenia Wakacji kredytowych ulega odpowiedniemu zwiększeniu.

Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku*:

- 1) toczą się/nie toczą się lub grożą/nie grożą mi postępowania sądowe, administracyjne i inne mogące mieć wpływ na zdolność do spłaty zaciągniętych zobowiązań
- 2) jestem objęty/nie jestem objęty postępowaniem upadłościowym, likwidacyjnym lub układowym;
- 3) posiadam/nie posiadam zaległości wobec US, KRUS lub ZUS w kwocie zagrażającej zdolności płatniczej kredytobiorcy, zaległe od ponad 90 dni, nieobjęte ugodą lub formą wsparcia wynikającą z epidemii koronawirusa

Oświadczam, że zobowiązuję się do terminowej spłaty raty kapitałowej/ kapitałowo-odsetkowej do czasu potwierdzenia przez Bank przyjęcia i realizacji wniosku o udzielenie Wakacji kredytowych, które to potwierdzenie Bank przekaże w następujący sposób*:

- na adres mailowy mojej poczty elektronicznej

- SMS-em na numer telefonu zamieszczony we wniosku

- odbiorę osobiście w placówce Banku.

Wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie moich danych osobowych oraz zasięgnięcia informacji gospodarczej w bazach:
2. System Bankowy Rejestr (CBD–BR), którego administratorem danych jest Związek Banków Polskich z siedzibą w Warszawie, przy ul. Kruczkowskiego 8 – Biuro Obsługi Klienta, przy ul. Postępu 17A, 02-676 Warszawa;
3. Biura Informacji Kredytowej Spółka Akcyjna (BIK) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jacka Kaczmarskiego 77A – Biuro Obsługi Klienta przy ul. Postępu 17A, 02-676 Warszawa;
4. Krajowy Rejestr Długów Biura Informacji Gospodarczej S.A. (BIG), adres siedziby Biura ul. Danuty Siedzikówny 12, 51-214 Wrocław; w celu oceny mojej sytuacji ekonomicznej i wiarygodności.

Niniejszy Wniosek stanowi ofertę w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego. Na podstawie niniejszego Wniosku Bank przekaże nowy harmonogram spłat w terminie do 14 dni roboczych od przesłania przez Bank potwierdzenia przyjęcia i realizacji wniosku o udzielenie Wakacji kredytowych w następujący sposób*:

- na adres mailowy zamieszczony we wniosku

- wysłanie pocztą tradycyjną na adres zamieszczony we wniosku,

- klient może odebrać osobiście w placówce Banku.

Na żądanie Banku zobowiązuję się do pisemnego potwierdzenia niniejszego Wniosku.

Niniejszym zobowiązuję się do dostarczenia oryginału Wniosku dotyczącego Wakacji kredytowych do Palcówki Banku przy najbliższej wizycie w Placówce Banku.

Jestem świadomy że po otrzymaniu nowego harmonogramu spłat, zawieszenie rat kapitałowych/kapitałowo-odsetkowych zgodnie z moim oświadczeniem zawartym w niniejszym wniosku jest operacją nieodwracalną.

Oferta jest ważna przez 60 dni od daty złożenia wniosku.

(miejsowość, data)

(podpis Kredytobiorcy zgodny z kartą wzorów podpisów /Umową kredytu)

Wyrażam/nie wyrażam zgodę/y na prolongatę rat kapitałowych/kapitałowo-odsetkowych

.....
(data i podpis osoby upoważnionej)

** niepotrzebne skreślić*