



**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**

Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET TRAVEL WORLD” DLA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH WYDANYCH PRZEZ MBANK S.A.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

NR TEL.KONTAKTOWEGO

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO:

NR PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO:

NR UBEZPIECZONEJ KARTY

NUMER RACHUNKU PRZEZNACZONEGO DO SPŁATY KARTY, NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ ŚWIADCZENIE:

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA/TRANSPORTU MEDYCZNEGO\*\***

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- Dokument potwierdzający opłacenie za pomocą Karty kosztów podróży zagranicznej
- Faktury, rachunki, zaświadczenia szpitalne, które umożliwią BRE Ubezpieczenia określenie łącznych kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego
- Orzeczenie lekarskie opisujące rodzaj i charakter obrażeń zawierające dokładną diagnozę oraz zalecone leczenie
- Inne dokumenty:.....

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA POBYTU W SZPITALU**

Data zdarzenia (dd/mm/rr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- Dokument potwierdzający opłacenie za pomocą Karty kosztów podróży zagranicznej
- Historię pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie zdarzenia losowego
- Kserokopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego
- Inne dokumenty:.....

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- Dokument potwierdzający opłacenie za pomocą Karty kosztów podróży zagranicznej
- Historię pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie zdarzenia losowego
- Inne dokumenty:.....

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA OPÓŹNIENIA DOSTARCZENIA BAGAŻU  
PODRÓŻNEGO**

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- Dokument potwierdzający opłacenie za pomocą Karty kosztów podróży zagranicznej
- Dowody zakupu niezbędnych przedmiotów osobistego użytku
- Dowód potwierdzający opóźnienie w dostarczeniu Bagażu podróżnego ze wskazaniem daty i godziny odbioru
- Inne dokumenty:.....

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA OPÓŹNIENIA ODLOTU**

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- Dokument potwierdzający opłacenie za pomocą Karty kosztów podróży zagranicznej
- Bilet/bilety na Podróż zagraniczną odbywaną środkiem transportu Przewoźnika zawodowego (lotniczego)
- Dowody zakupu niezbędnych przedmiotów osobistego użytku w związku z opóźnieniem odlotu
- Zaświadczenie Przewoźnika zawodowego (lotniczego) stwierdzające fakt, przyczynę oraz czas opóźnienia odlotu
- Inne dokumenty:.....

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA RABUNKU RZECZY OSOBISTYCH**

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

				/					/			
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- Dokument potwierdzający opłacenie za pomocą Karty kosztów podróży zagranicznej
- Dowód potwierdzający zgłoszenie utraty rzeczy osobistych wydany przez policję lub stosowne władze
- Spis utraconych przedmiotów z określeniem ich wartości oraz roku nabycia
- Inne dokumenty:.....

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ODWOŁANIA I SKRÓCENIA PODRÓŻY**

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

				/					/			
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- Dokument potwierdzający opłacenie za pomocą Karty kosztów podróży zagranicznej
- Dokumenty potwierdzające koszty poniesione w związku z odwołaniem lub skróceniem Podróży zagranicznej
- Dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia losowego
- Inne dokumenty:.....

\* Właściwe zaznaczyć X

\*\* Niepotrzebne skreślić

1. Zgodnie z art. 23 ust.1 pkt.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Ks. I. Skorupki 5 moich danych osobowych, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia Podróżnego dla Klientów mBanku S.A.
2. Wyrażam zgodę na zwolnienie mBanku S.A. z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia.
3. Wyrażam zgodę na udostępnienie BRE Ubezpieczenia TUiR 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 BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. **(dotyczy Ubezpieczonego)**
4. 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.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Ks. I. Skorupki 5, moich danych osobowych w celu związanym likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego **(Dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe).**
6. Administratorem danych osobowych jest BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna. z siedzibą w Warszawie, ul. Ks. I. Skorupki 5. Dane osobowe będą przetwarzane w celu likwidacji zgłoszonej szkody. Podanie danych jest dobrowolne. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.

podpis Poszkodowanego

miejsowość i data

---

**Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. 801 884 444, 22 459 10 00**

**Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres  
BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.  
Ul. Ks. Skorupki 5  
00-963 Warszawa**

**W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego za granicą,  
prosimy o niezwłoczny kontakt z Centrum Alarmowym  
pod nr tel. +48 (22) 369 82 22**