



BRE Ubezpieczenia

NR POLISY GENERALNEJ: 9000035/9000085**

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA SPŁATY KARTY/ SPŁATY KARTY PLUS DLA KLIENTÓW BRE BANKU SA

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SZKODĘ

NR TEL.KONTAKTOWEGO

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SZKODĘ

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 ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data zgonu (dd/mm/rr)

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- Zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze
- Zaświadczenie mBanku o kwocie zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia
- Inne dokumenty:.....

1) Czy do zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku//całkowitej trwałej/ czasowej niezdolności do pracy ** doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?

TAK NIE

W przypadku zaznaczenia TAK, prosimy o podanie dyscypliny sportowej:

* - właściwe zaznaczyć X

** - niewłaściwe skreślić

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Ks. I. Skorupki 5, moich danych osobowych, w tym danych na temat stanu mojego zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia Splaty Karty Dla Klientów BRE Banku (**Dotyczy Ubezpieczonego**)
2. Wyrażam zgodę na zwolnienie BRE Banku SA z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia (**Dotyczy Ubezpieczonego**).
3. Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez osobę upoważnioną przez BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem, informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczenia lub wysokości świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Splaty Karty Dla Klientów BRE Banku (**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 z likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego (**Dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe**).

podpis Poszkodowanego/Uposażonego

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**