



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Wniosek

w ramach grupowej Umowy ubezpieczenia spłaty kredytu dla Kredytobiorców Banku „Pakiet Premium”

Zgłaszane roszczenie dotyczy*:

- śmierci
- całkowitej i trwałej niezdolności do pracy
- czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- poważnego zachorowania
- operacji chirurgicznej

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko _____ Imię _____
 dowód osobisty
 paszport
 inny (podać jaki) _____

PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Numer umowy Kredytu _____

Adres

Kod pocztowy _____ Mięscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

DDMMRRRR
Data zdarzenia ubezpieczeniowego

Przyczyna zdarzenia ubezpieczeniowego*:

- choroba wypadek

DDMMRRRR
Data wypadku, będącego przyczyną zgonu/
powstania czasowej niezdolności do pracy

Okoliczności i miejsce zdarzenia ubezpieczeniowego (wyczerpująco):

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?* Tak Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?* Tak Nie

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?* Tak Nie

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?* Tak Nie

Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?* Tak Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: _____

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie:

Czy postępowanie zostało zakończone?* Tak Nie

Nazwa i adres placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczył się Ubezpieczony:

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 00 52, www.axa.pl

Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859, Kapitał zakładowy: 444 440 000 zł – wpłacony w całości

BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. spółka w grupie AXA, ul. ks. I. Skorupki 5, 00-963 Warszawa, Regon 140806789, NIP 1070006155

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr rejestru przedsiębiorców KRS 0000271543; Wysokość kapitału zakładowego: 15 741 177 PLN – opłacony w całości

Zgłaszający roszczenie

- Ubezpieczony** **Inna osoba** (w przypadku wyboru tej opcji prosimy o wypełnienie danych poniżej)

Nazwisko _____ Imię _____

+48 _____
Telefon komórkowy

+48 _____
Telefon stacjonarny

Adres korespondencyjny _____

Adres e-mail _____

Wpłata świadczenia

Numer rachunku bankowego, na który należy wypłacić świadczenie

Dane właściciela rachunku bankowego

Nazwisko _____ Imię _____

Kod pocztowy Miejscowość Ulica _____
Numer domu/lokalu

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

ŚMIERĆ

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego
 odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
 kopię karty statycznej do karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu Ubezpieczonego
 opis świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.)
 protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół policyjny), dokumentację postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienie prokuratury, wyrok sądu)
 dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
 kopię umowy Kredytu

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
 orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowitą i trwałą niezdolność do pracy
 kopię umowy Kredytu

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY SPOWODOWANA POBYTEM W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 kopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokumentu potwierdzającego leczenie szpitalne, wydane przez lekarza
 historię pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie nieszczęśliwego wypadku
 kopię umowy Kredytu

POWAŻNE ZACHOROWANIE LUB OPERACJA CHIRURGICZNA

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 pełną dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej
 dokumentację medyczną obejmującą okres sprzed przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, mającą związek z poważnym zachorowaniem lub operacją chirurgiczną
 kopię umowy Kredytu

Oświadczenia

- 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 Umowy Ubezpieczenia (**dotyczy Ubezpieczonego w zakresie następujących ryzyk: całkowita i trwała niezdolność do pracy, czasowa niezdolność do pracy, poważne zachorowanie, operacja chirurgiczna**).
- Wyrażam zgodę na zwolnienie mBanku S.A. z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia (**dotyczy Ubezpieczonego**).
- Upoważniam AXA Życie TU S.A. oraz BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibami w Warszawie do zasięgania wszelkich informacji i kopii dokumentacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie AXA Życie Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. i BRE Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji i kopii dokumentacji o stanie mojego zdrowia, o które Towarzystwa będą zapytywały w związku z wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia (**dotyczy Ubezpieczonego**).
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu ryzyka śmierci) lub BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. ks. I. Skorupki 5

(w przypadku pozostałych ryzyk innych niż śmierć) moich danych osobowych, w celu związanym z rozpatrzeniem roszczenia z tytułu zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego. Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia mojego roszczenia, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych i prawo ich poprawiania oraz wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych (**dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe**).

- Administratorem danych osobowych jest BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. ks. I. Skorupki 5, i AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Chłodna 51. Dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia roszczenia. Podanie danych jest dobrowolne. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu Umowy Ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na*:

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
 otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego/ osoby zgłaszającej roszczenie

Nazwisko _____ Imię _____

Miejscowość _____ Data

	D		D		M		M		R		R		R		R
--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

 _____ Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

Prosimy przesłać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA**

w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poważnego zachorowania, operacji chirurgicznej, czasowej niezdolności do pracy czy całkowitej i trwałej niezdolności do pracy:

BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.
ul. ks. I. Skorupki 5
00-963 Warszawa
likwidacjaszkod@breubezpieczenia.pl