



**BRE Ubezpieczenia**

**NR POLISY GENERALNEJ: 9000122**

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**

**Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA SPŁATY KREDYTU SAMOCHODOWEGO Z RATĄ BALONOWĄ DLA  
KREDYTOBIORCÓW mBanku S.A.**

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SZKODĘ:

NR TEL.KONTAKTOWEGO:

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SZKODĘ:

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO:

NR PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO:

NUMER UMOWY KREDYTU:

ADRES E-MAIL:

NUMER TEL. KONTAKTOWEGO:

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

\*

**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)

- Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- Kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- Zaświadczenie określające przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawione przez lekarza lub odnośne władze
- Kopia umowy kredytu
- Inne dokumenty:.....

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE CAŁKOWITEJ I TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

data zajścia zdarzenia(dd/mm/rr)

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

przyczyna niezdolności do pracy

--

Szczegółowe okoliczności zajścia zdarzenia:

--

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę całkowitej i trwałej niezdolności do pracy
- Kserokopia 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 trwałą i całkowitą niezdolność do pracy wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną całkowitej i trwałej niezdolności do pracy
- Kopia umowy kredytu
- Inne dokumenty:.....

\* - 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 Spłaty Karty Dla Klientów mBanku (**Dotyczy Ubezpieczonego**)
2. Wyrażam zgodę na zwolnienie mBanku S.A. z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia (**Dotyczy Ubezpieczonego**).
3. Wyrażam zgodę na zasięganie 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 Spłaty Karty Dla Klientów mBanku (**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**).
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/Uposażonego

--

miejscowość 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  
[likwidacjaskod@breubezpieczenia.pl](mailto:likwidacjaskod@breubezpieczenia.pl)**