



BRE Ubezpieczenia

NR POLISY GENERALNEJ: 9000035/9000085**

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA SPŁATY KARTY/ SPŁATY KARTY PLUS DLA KLIENTÓW 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:

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:.....

* **ROSZCZENIE DOTYCZĄCE CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

data zajścia zdarzenia(dd/mm/rr)

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

przyczyna niezdolności do pracy

--

Szczegółowe okoliczności zajścia zdarzenia:

--

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS określające całkowitą trwałą niezdolność do pracy
- Dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę całkowitej i trwałe niezdolności do pracy
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- Inne dokumenty:.....

* **ROSZCZENIE DOTYCZĄCE CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPOWODOWANA POBYTEM W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

data zajścia zdarzenia(dd/mm/rr)

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

przyczyna niezdolności do pracy

--

Szczegółowe okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku:

--

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- Zaświadczenie mBanku o minimalnej kwocie spłaty karty Ubezpieczonego
- Pełna historia pobytu w szpitalu łącznie z wywiadem w dniu przyjęcia do szpitala
- W przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym - notatka Policji z zajścia wypadku
- Kopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne
- 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 mBanku (**Dotyczy Ubezpieczonego**)
2. Wyrażam zgodę na zwolnienie mBanku 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 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 TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Ks. I. Skorupki 5. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy ubezpieczenia. Podanie danych jest dobrowolne, osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.

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**