



NR POLISY GENERALNEJ: 9000012/9000032/9000064**

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA PODRÓŻNEGO/PODRÓŻNEGO PLATINUM DLA KLIENTÓW MBANKU 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 ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data zgonu (dd/mm/rr)

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci 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
- Inne dokumenty:.....

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE TRWAŁEGO INWALIDZTWA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data zdarzenia (dd/mm/rr)

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- Opis przebiegu leczenia z diagnozą lekarską
- Inne dokumenty:.....

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA/TRANSPORTU MEDYCZNEGO**

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Orzeczenie lekarskie opisujące rodzaj i charakter obrażeń zawierające dokładną diagnozę oraz zalecone leczenie
- Faktury, rachunki umożliwiające określenie łącznych kosztów leczenia
- Dokument potwierdzający opłacenie w całości za pomocą Karty biletu na podróż zagraniczną lub zakwaterowania za granicą RP
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego

*

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA NAGŁEGO LECZENIA DENTYSTYCZNEGO

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

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

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Zaświadczenie lekarskie opisujące rodzaj leczenia stomatologicznego zawierające dokładną diagnozę lekarską
- Faktury, rachunki umożliwiające określenie łącznych kosztów leczenia
- Dokument potwierdzający opłacenie w całości za pomocą Karty biletu na podróż zagraniczną lub zakwaterowania za granicą RP
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczoneg

*

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA UTRATY BAGAŻU PODRÓŻNEGO

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

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

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Spis utraconych przedmiotów z określeniem ich wartości oraz roku nabycia
- Dowody potwierdzające utratę bagażu podróznego
- Dokument potwierdzający opłacenie w całości za pomocą Karty biletu na podróż zagraniczną lub Zakwaterowania za granicą RP
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego

*

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA OPÓŹNIENIA BAGAŻU PODRÓŻNEGO

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

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

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Dowody potwierdzające opóźnienie w dostarczeniu bagażu podróznego ze wskazaniem daty i godziny odbioru
- Dowody zakupu niezbędnych przedmiotów osobistego użytku
- Dokument potwierdzający opłacenie w całości za pomocą Karty biletu na podróż zagraniczną lub zakwaterowania za granicą RP
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego

*

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA OPÓŹNIENIA ODLOTU

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

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

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Bilet/ bilety na podróż zagraniczną odbywaną środkiem transportu przewoźnika zawodowego (lotniczego)
- Dokument potwierdzający opłacenie w całości za pomocą Karty biletu na podróż zagraniczną
- Dowody zakupu niezbędnych przedmiotów osobistego użytku
- Zaświadczenie przewoźnika zawodowego (lotniczego) stwierdzające fakt, przyczynę oraz czas opóźnienia odlotu
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego

* Właściwe zaznaczyć X

** Niepotrzebne skreślić

BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.
ul. Ks. I. Skorupki 5
00-963 Warszawa
Regon 140806789 NIP1070006155

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy
XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,
nr rejestru przedsiębiorców KRS 0000271543
Wysokość Kapitału Zakładowego: 12 941 177 PLN
opłacony w całości

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/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**