



więcej / niż standard



NR POLISY GENERALNEJ: 9000116

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA/ODSZKODOWANIA

Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA „TWOJE OC I TWOJA PODRÓŻ DLA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH WYDAWANYCH PRZEZ BRE BANK S.A. (OBECNIE MBANK S.A.)

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA OC W ŻYCIU PRYWATNYM

NUMER SZKODY:

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

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

NR TEL.KONTAKTOWEGO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

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

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

IMIĘ I NAZWISKO POSZKODOWANEGO:

NR PESEL:

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

ADRES ZAMIESZKANIA POSZKODOWANEGO:

NR UBEZPIECZONEJ KARTY

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

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

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

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

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

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

Załączniki: Dokumenty potwierdzające wystąpienie szkody.....

Inne dokumenty:.....

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami. Każda zmiana powinna zostać potwierdzona podpisem.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: „Towarzystwo”), moich danych na temat stanu mojego zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia „Twoje OC i Twoja Podróż” Dla Posiadaczy Kart BRE Banku S.A. (obecnie mBanku S.A.). wydanych przez mBank.

TAK NIE

2. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. jest administratorem moich danych osobowych. Oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne oraz że mam prawo wglądu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

TAK NIE

3. Upoważniam Towarzystwo do zasięgania informacji w sądzie, prokuraturze, policji oraz innych organach i instytucjach w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa.

TAK NIE

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.

TAK NIE

5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na (zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku):

- 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.

podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę

podpis Ubezpieczonego

miejsceowość i data

**Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia
dostępne są pod nr tel. +48 22 575 95 57**

**Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres
AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.
Ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa**