



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.)**

ZGŁOSZENIE DOTYCZY SZKODY Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA:

Odwołanie Podróży Zagranicznej Skrócenie Podróży Zagranicznej

CZY SPRAWA BYŁA ZGŁOSZONA DO CENTRUM ALARMOWEGO:

TAK NIE

NUMER SZKODY:

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

A. INFORMACJE OGÓLNE

IMIE I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

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

NR TEL.KONTAKTOWEGO OSOBY ZGŁASZAJĄCE

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

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

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

IMIE I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO:

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

NR PESEL:

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

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO:

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

NR UBEZPIECZONEJ KARTY

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

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

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

IMIE I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU

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

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

Początek podróży (dd/mm/rr)

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

Zakończenie podróży (dd/mm/rr)

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

Kraj do którego odbyła się podróż

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

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKODY

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

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

Szczegółowy opis zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową

--

D. DANE DOTYCZĄCE PONIESIONYCH KOSZTÓW

Prosimy podać spis wszystkich poniesionych kosztów.

Podstawą do zwrotu wydatków jest przedłożenie rachunków lub paragonów z tytułu poniesionych kosztów (w razie konieczności prosimy kontynuować na odrębnej kartce).

Opis rachunku	Data wystawienia rachunku	Kwota i waluta

E. DANE DOTYCZĄCE INNEGO UBEZPIECZYCIELA

Czy Ubezpieczony posiada inną polisę obejmującą swym zakresem Odwołanie lub Skrócenie Podróży Zagranicznej?

TAK NIE

Jeśli tak, prosimy podać nazwę firmy, adres oraz numer polisy:

--

Czy Ubezpieczony posiada inną kartę bankową, ofertującą Odwołanie lub Skrócenie Podróży Zagranicznej?

TAK NIE

Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, adres oraz numer karty:

--

F. OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 oraz Inter Partner Assistance Polska 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. oraz Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68 są administratorami 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 Inter Partner Assistance Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia 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 udostępnianie Inter Partner Assistance Polska S.A. przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia.

TAK NIE

4. 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

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

miejsowość 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**