ubezpieczenia

więcej / niż standard

mBank

Wniosek

o wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nieuprawnionego użycia karty oraz utraty środków pieniężnych pobranych z bankomatu Pakiet Bezpieczna Karta

Zgłaszane roszczenie dotyczy:
- ☐ nieuprawnionego użycia karty
- ☐ utraty środków pieniężnych pobranych z bankomatu
- ☐ utraty lub uszkodzenia mienia zakupionego za pomocą karty

Prosimy wypełnić wniosek szczegółowo i czytelnie. **9000007**

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Numer BIN ubezpieczonej karty _____

Adres

Kod pocztowy __-__ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu __/__

Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

Data zdarzenia ubezpieczeniowego D D M M R R R R

Przyczyna zdarzenia ubezpieczeniowego*:
☐ nieuprawnione użycie ☐ utrata środków ☐ uszkodzenie mienia

Okoliczności i miejsce zdarzenia ubezpieczeniowego (wyczerpująco):

_____

_____

_____

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie:

_____

Czy postępowanie zostało zakończone?* ☐ **Tak** ☐ **Nie**

Zgłaszający roszczenie*

☐ **Ubezpieczony** ☐ **inna osoba** *(w przypadku wyboru tej opcji prosimy o wypełnienie danych poniżej)*

Nazwisko _____ Imię _____

+48 _____ Telefon komórkowy +48 _____ Telefon stacjonarny

Adres korespondencyjny _____

Adres e-mail _____

Wypłata świadczenia

Numer rachunku bankowego, na który należy wypłacić świadczenie

Dane właściciela rachunku bankowego

Nazwisko

Imię

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

☐ **NIEUPRAWNIONE UŻYCIE KARTY**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- ☐ kopię wyciągów stwierdzających Nieuprawnione transakcje
- ☐ potwierdzenie dokonania Nieuprawnionych transakcji wydrukowane z systemu Banku
- ☐ zaświadczenie policji o przyjęciu zgłoszenia o dokonaniu Nieuprawnionej transakcji
- ☐ postanowienie prokuratury o wszczęciu lub zakończeniu śledztwa/dochodzenia w związku z zaistniałym zdarzeniem
- ☐ zeznanie świadka zdarzenia
- ☐ raport medyczny (w przypadku gdy numer PIN został ujawniony/karta została zrabowana wskutek użycia przemocy)

☐ **UTRATA ŚRODKÓW PIENIĘŻNYCH POBRANYCH Z BANKOMATU**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- ☐ kopię wyciągów stwierdzających Nieuprawnione transakcje
- ☐ potwierdzenie dokonania Nieuprawnionych transakcji wydrukowane z systemu Banku
- ☐ zaświadczenie policji o przyjęciu zgłoszenia o dokonaniu Nieuprawnionej transakcji
- ☐ postanowienie prokuratury o wszczęciu lub zakończeniu śledztwa/dochodzenia w związku z zaistniałym zdarzeniem
- ☐ zeznanie świadka zdarzenia
- ☐ raport medyczny (w przypadku gdy numer PIN został ujawniony/karta została zrabowana wskutek użycia przemocy)

☐ **UTRATA LUB USZKODZENIE MIENIA ZAKUPIONEGO ZA POMOCĄ KARTY**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- ☐ kopię dowodu zakupu mienia dokonanego przy użyciu Karty lub Telefonu
- ☐ kopię raportu policyjnego
- ☐ zeznanie świadka Rozboju, jeżeli taki istnieje, zawierające imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer dowodu tożsamości lub numer ewidencyjny PESEL

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej: Towarzystwo) z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, moich danych osobowych wskazanych w niniejszym wniosku oraz innych dokumentach w celach związanych z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia (***dotyczy Ubezpieczonego***).
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych osobowych w celu związanym z likwidacją zgłaszanego roszczenia (***dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe***).
3. Administratorem moich danych osobowych jest Towarzystwo. Oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia mojego roszczenia, oraz że mam prawo wglądu do treści moich danych osobowych i do ich poprawiania oraz wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych (***dotyczy Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe***).
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 (***dotyczy Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe***).

Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na*:

- ☐ 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.

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego/osoby zgłaszającej roszczenie

Dane przyjmującego wniosek *(o ile wniosek jest składany za pośrednictwem banku)*

Nazwisko

Imię

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

W przypadku zgłoszenia roszczenia prosimy przesłać komplet dokumentów na adres:
AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa

W razie pytań prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem **Infolinii 22 459 10 00**

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia Asystent Prawny, prosimy o kontakt z Centrum Alarmowym Assistance pod numerem telefonu **+48 22 575 93 72**

* prosimy zaznaczyć właściwe

12250217