

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 Spłaty Karty Dla Klientów BRE Banku. **(Dotyczy Ubezpieczonego)**.
2. Wyrażam zgodę na zwolnienie BRE Banku SA z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia **(Dotyczy Ubezpieczonego)**.
3. Wyrażam zgodę na zasięganie 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 Spłaty Karty Dla Klientów BRE Banku **(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)**.

podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę świadczenia

miejsce 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**