

NR POLISY GENERALNEJ 900007

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA/ODSZKODOWANIA****Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA NIEUPRAWNIONEGO UŻYCIA KART ORAZ ŚRODKÓW PIENIĘŻNYCH POBRANYCH BANKOMATU „BEZPIECZNA KARTA”****DLA POSIADACZY KART BRE BANKU SA WYDANYCH PRZEZ MULTIBANK**

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SZKODĘ:

NR TEL. KONTAKTOWEGO:

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SZKODĘ:

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO:

NR PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO:

NR UBEZPIECZONEJ KARTY:

NUMER RACHUNKU, NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ ŚWIADCZENIE:

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UTRATY GOTÓWKI POBRANEJ Z BANKOMATU**

Data wystąpienia zdarzenia (dd/mm/rr)

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

- Kopia wyciągów stwierdzających pobranie gotówki przy użyciu Karty
- Potwierdzenie dokonania transakcji wydrukowane z systemu Banku
- Raport policyjny zawierający klasyfikację zdarzenia
- Postanowienie prokuratury o wszczęciu lub zakończeniu śledztwa/ dochodzenia w związku z zaistniałym zdarzeniem
- Zeznanie świadka Rabunku
- Raport medyczny (w przypadku doznania obrażeń ciała odniesionych wskutek Rabunku)
- Inne dokumenty: .....

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE NIEUPRAWNIONYCH TRANSAKcji**

Data wystąpienia zdarzenia (dd/mm/rr)

Szczegółowy opis okoliczności utraty karty:

Załączniki:

- Kopia 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)
- Inne dokumenty: .....

\* - właściwie zaznaczyć X

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

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 celu związanym z likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Administratorem danych osobowych jest BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Ks. I. Skorupki 5. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy ubezpieczenia. Podanie danych jest dobrowolne, osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.
3. 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.

podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę świadczenia

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**