

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**
**Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA „BEZPIECZNE OPŁATY”/ „BEZPIECZNE OPŁATY PLUS”  
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 CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU CHOROBY  
LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Data wystąpienia zdarzenia (dd/mm/rr)

 /  / 

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- Załączniki:
- Kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
  - Zaświadczenie stwierdzające przyczynę czasowej niezdolności do pracy wystawione przez lekarza lub odnośne władze
  - Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby lub nieszczęśliwego wypadku
  - Kserokopia zwolnienia lekarskiego poświadczającego czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub odnośne władze
  - Faktury lub rachunki, do pokrycia których zobowiązany był Ubezpieczony w okresie po wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy wraz z potwierdzeniami dokonania miesięcznych opłat eksploatacyjnych z tego tytułu
  - Kserokopia umowy najmu nieruchomości, której dotyczą miesięczne opłaty eksploatacyjne (w przypadku gdy Ubezpieczony występuje jako najemca)
  - Inne dokumenty: .....

\* - niepotrzebne skreślić

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 tym danych na temat stanu mojego zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczne Opłaty”/ „Bezpieczne Opłaty Plus” dla Posiadaczy Kart BRE Banku SA wydanych przez MultiBank. **(Dotyczy Ubezpieczonego)**.
2. Wyrażam zgodę na zasięgnięcie 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 „Bezpieczne Opłaty”/ „Bezpieczne Opłaty Plus” dla Posiadaczy Kart BRE Banku SA wydanych przez MultiBank. **(Dotyczy Ubezpieczonego)**
3. 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.
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 likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego. **(Dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe)**

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**