

NR POLISY GENERALNEJ 900011/900022 **

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA TRAVEL/TRAVEL AQUARIUS* DLA KLIENTÓW BRE BANKU SA**

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

NR TEL.KONTAKTOWEGO

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO:

NR PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO:

NR UBEZPIECZONEJ KARTY

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

 *****ROSZCZENIE DOTYCZĄCE ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Data zgonu (dd/mm/rr)

 / /

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
 Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
 Zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze
 Inne dokumenty:.....

 *****ROSZCZENIE DOTYCZĄCE TRWAŁEGO INWALIDZTWA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

- (zaznaczyć właściwe X) Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
 Opis przebiegu leczenia z diagnozą lekarską
 Inne dokumenty:.....

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA/TRANSPORTU MEDYCZNEGO*

Data zdarzenia (dd/mm/rr)

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

- (zaznaczyć właściwe X) Orzeczenie lekarskie opisujące rodzaj i charakter obrażeń zawierające dokładną diagnozę oraz zalecone leczenie
 Faktury, rachunki umożliwiające określenie łącznych kosztów leczenia
 Dokument potwierdzający opłacenie w całości za pomocą Karty biletu na podróż zagraniczną lub zakwaterowania za granicą RP
 Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)

ROSZCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA NAGŁEGO LECZENIA DENTYSTYCZNEGO

Data zdarzenia (dd/mm/rr)

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

- (zaznaczyć właściwe X) Zaświadczenie lekarskie opisujące rodzaj leczenia stomatologicznego zawierające dokładną diagnozę lekarską
 Faktury, rachunki umożliwiające określenie łącznych kosztów leczenia
 Dokument potwierdzający opłacenie w całości za pomocą Karty biletu na podróż zagraniczną lub zakwaterowania za granicą RP
 Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego

*niepotrzebne skreślić

** nr polisy generalnej dla Ubezpieczenia Travel- 9000011, Ubezpieczenie Travel Aquarius- 9000022

*** właściwe zaznaczyć

Zgodnie z art. 23 ust.1 pkt.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Ks. I. Skorupki 5 moich danych osobowych, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia Travel dla Klientów BRE Banku SA.

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 Umowy Ubezpieczenia (**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 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 (**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

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**