

NR POLISY GENERALNEJ 9000056
**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
„MOJA OCHRONA” dla Posiadaczy Rachunków Oszczędnościowo-Rozliczeniowych MultiKonto**

imię i nazwisko osoby zgłaszającej zdarzenie:

nr tel. kontaktowego:

adres zamieszkania osoby zgłaszającej zdarzenie:

imię i nazwisko ubezpieczonego, którego dotyczy roszczenie:

nr PESEL:

adres zamieszkania ubezpieczonego, którego dotyczy roszczenie:

wersja ubezpieczenia

wariant ubezpieczenia:

stopień pokrewieństwa osoby której dotyczy roszczenie z Posiadaczem rachunku***

współmałżonek

konkubent

dziecko

imię i nazwisko Posiadacza rachunku, z którego pobierana jest opłata tytułem ubezpieczenia:

numer rachunku, z którego pobierana jest opłata tytułem ubezpieczenia:

numer rachunku Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej, na który należy przekazać świadczenie:

**** ROSZCZENIE DOTYCZĄCE ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU / ŚMIERCI W WYPADKU W ŚRODKU LOKOMOCJI**

Data zgonu (dd/mm/rr)

 / /

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

 Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego

(właściwie zaznaczyć X)

 Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego (bez wizerunku)

 Zaświadczenie określające przyczynę śmierci wystawione przez lekarza lub odnośne władze

 W przypadku śmierci spowodowanej wypadkiem w środku lokomocji - notatka Policji z miejsca zdarzenia

 Numer rachunku wraz z imieniem i nazwiskiem posiadacza rachunku

 Inne dokumenty:.....

**** ROSZCZENIE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU / POBYTU NA OIOM W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

data pobytu w szpitalu (dd/mm/rr)

od

 / /

do

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- Załączniki: Kopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne/ pobyt na OIOM
(właściwe zaznaczyć X)
- Historia pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub NW
- W przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem w środku lokomocji – notatka Policji z miejsca zdarzenia
- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- Inne dokumenty:.....

* - właściwe zaznaczyć

** - właściwe zaznaczyć X

*** - właściwe zaznaczyć X (dotyczy wersji rodzinnej)

1) Czy do zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku/zgonu w wyniku wypadku w środku lokomocji / pobytu w szpitalu/pobytu na OIOM* doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, niezalecanych przez lekarza?

TAK NIE

2) Czy do zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku/ pobytu w szpitalu/ Kopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne/ pobyt na OIOM* doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?

TAK NIE

W przypadku zaznaczenia TAK, prosimy o podanie dyscypliny sportowej:

* - niewłaściwe skreślić

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 Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Moja Ochrona dla Posiadaczy Rachunków Oszczędnościowo-Rozliczeniowych MultiKonto. **(Odnosi się do Ubezpieczonego, którego dotyczy roszczenie)**
2. 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 Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Moja Ochrona dla Posiadaczy Rachunków Oszczędnościowo-Rozliczeniowych MultiKonto. **(Odnosi się do Ubezpieczonego, którego dotyczy roszczenie)**
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. Oświadczam, że pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym, którego dotyczy roszczenie. **(Dotyczy Posiadacza rachunku)**
5. 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.
6. 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

podpis Posiadacza rachunku

miejsce i data

Uwaga! W przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe zgłasza osoba inna niż Ubezpieczony lub Posiadacz rachunku Centrum Pomocy BRE Ubezpieczenia wyśle do Ubezpieczonego lub Posiadacza rachunku treść powyższych oświadczeń.

Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. Centrum Pomocy BRE Ubezpieczenia tj. 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