

**NR POLISY GENERALNEJ 9000066**
**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA**
**Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW ORAZ MEDICAL ASSISTANCE**
**„TWOJE ZDROWIE”**
**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 UBEZPIECZONEGO LUB OSOBY UPRAWNIONEJ, NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ ŚWIADCZENIE:

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU

 \*

**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  
 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  
 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  
 Historia pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzająca 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 X

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

2) Czy do zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku/ pobytu w szpitalu \*\* doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?  
 TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia TAK, prosimy o podanie dyscypliny sportowej: .....

\*\* - niewłaściwe skreślić

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

- 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 „Twoje Zdrowie” dla Posiadaczy Kart BRE Banku SA. (**Dotyczy Ubezpieczonego**)
- 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 „Twoje Zdrowie” (**Dotyczy Ubezpieczonego**)
- 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.
- 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.
- 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**