



## Formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia dla Posiadaczy Rachunków prowadzonych przez Bank Zachodni WBK S.A. („Dla Bliskich”)

### DANE ADRESOWE:

BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A.

Dział Obsługi Roszczeń

ul. Prosta 70

00-838 Warszawa

Przed przekazaniem do Towarzystwa niniejszego formularza, prosimy upewnić się, że:

- I. zostały udzielone odpowiedzi na każde z zawartych w nim pytań. Brak odpowiedzi może spowodować odesłanie formularza, co opóźni rozpatrzenie roszczenia;
- II. zostały podpisane oświadczenia zawarte na ostatniej stronie niniejszego formularza – w razie braku podpisu, do czasu jego uzyskania, rozpatrzenia roszczenia nie będzie możliwe;
- III. zostały dołączone wszystkie wymagane przez Towarzystwo dokumenty, zgodnie z załączonym wykazem dokumentów.

### 1. Informacje ogólne:

1.1 Numer Certyfikatu

1.2. Dane osoby zmarłej:

Ubezpieczonego

Małżonka Ubezpieczonego

Imię/Imliona i nazwisko:

Data urodzenia:

Seria i nr dowodu osobistego:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	<input type="text"/>
--------------	---------------	--------	----------	------------	----------------------

### 1.3. Dane osoby zgłaszającej roszczenie (uprawnionego do otrzymania świadczenia)\*:

Imię/Imliona i nazwisko osoby uprawnionej:

Data urodzenia:

Seria i nr dowodu osobistego:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Adres do korespondencji:

Nr PESEL:

Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	<input type="text"/>
					Nr telefonu/e-mail/faks:

### 2. Dane o Zdarzeniu ubezpieczeniowym:

Data zdarzenia:

Miejsce zdarzenia:

Przyczyny zdarzenia:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wypadek komunikacyjny	<input type="checkbox"/>
		Wypadek przy pracy	<input type="checkbox"/>
		Inny rodzaj wypadku	<input type="checkbox"/>

Opis okoliczności i przebieg zdarzenia:

3. Dane do wypłaty świadczenia:

Sposób realizacji świadczenia:

Przelewem na rachunek bankowy wskazany w punkcie 3.1

Przekazem pocztowym na adres wskazany w punkcie 3.2

3.1. Nr rachunku bankowego, na który Towarzystwo wypłaci kwotę świadczenia:

Imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego:

3.2. Adres zamieszkania:

Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:

\*) w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Małżonka Ubezpieczonego, prosimy wskazać dane Ubezpieczonego

4. Oświadczam, iż :

- informacje podane przeze mnie przy zgłoszeniu roszczenia, w tym zawarte w niniejszym formularzu, są kompletne i prawdziwe;
- zostałem/am poinformowany/a, że administratorem danych osobowych podanych w niniejszym zgłoszeniu roszczenia jest BZ WBK–Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. z siedzibą w Poznaniu, Pl. Władysława Andersa 5, 61-894 Poznań („Towarzystwo”);
- zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania oraz że dane te będą wykorzystywane w celu wykonania umowy ubezpieczenia Dla Bliskich zawartej z Towarzystwem;
- wyrażam zgodę na przekazanie przez Towarzystwo do Banku Zachodniego WBK S.A. z siedzibą we Wrocławiu Rynek 9/11, moich danych zawartych w niniejszym formularzu pkt 1, w celu i w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do świadczenia z Umowy ubezpieczenia Dla Bliskich oraz wysokości tego świadczenia.

Miejscowość, data	Podpis osoby zgłaszającej roszczenie (Uprawnionego):