

WNIOSEK O WYPŁATĘ ODSZKODOWANIA DLA POSIADACZA KARTY

Dane Posiadacza karty

Imię i nazwisko:	Data urodzenia:	Nazwisko rodowe matki:
	PESEL:	

Adres zameldowania

Miejscowość:	Kod poczt.:	Miejscowość:	Kod poczt.:
Ulica:	Nr domu...../Nr lokalu.....	Ulica:	Nr domu...../Nr lokalu.....

tel.:	fax.:	e-mail:
-------	-------	---------

Informacje dotyczące szkody (prosimy wypełnić odpowiednie pola)

Nazwa karty	Numer karty	Karta ważna do mm/rrrr	Rabunek gotówki wypłaconej z bankomatu	Wartość zrabowanej gotówki w PLN	Nieuprawnione użycie karty	Wartość nieuprawnionych transakcji w PLN
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

1. Data i godzina zdarzenia (stwierdzenie braku karty lub rabunku gotówki)

2. Miejsce zdarzenia (adres, inne określenie miejsca, kraj)

3. Łączna kwota udokumentowanych kosztów wydania nowych dokumentów osobistych, nowych kart oraz zakupu portfela/portmonetki (dowody należy załączyć)

4. Data i godzina wypłaty gotówki z bankomatu (wypełnić gdy rabunek gotówki)

5. Czy numer PIN był w jakikolwiek sposób zapisany na karcie? Tak Nie

6. Czy kradzież lub utrata dotyczy karty pozostawionej bez zabezpieczenia w ogólnie dostępnym miejscu publicznym. Jeśli tak, prosimy podać szczegóły w pkt 2 lub 9 (wypełnić, gdy nieuprawnione użycie) Tak Nie

7. Czy zdarzenie jest wynikiem działania osób, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność? Tak Nie

8. Czy karta została zastrzeżona? Tak Nie
Data/Godzina:

9. Czy zdarzenie zgłoszono na policję? Tak Nie
Data/Godzina:

10. Szczegółowy i chronologiczny przebieg zdarzenia (w razie braku miejsca, proszę kontynuować na odwrocie formularza):

11. "Niniejszym informuję, że rabunek gotówki/straty finansowe* wynikające z nieuprawnionego użycia karty jest / nie jest* ubezpieczony w innym Zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia odpowiedzi "tak", na podstawie przepisu art. 824 § 2 Kodeksu cywilnego, prosimy o podanie następujących informacji:

Nazwa i adres zakładu, w którym zawarto ubezpieczenie:

Nazwa ubezpieczenia:

Numer dokumentu ubezpieczenia (polisy):

Przedmiot ubezpieczenia:

Rodzaj ryzyk (zdarzeń losowych) objętych ubezpieczeniem

Okres, na jaki zawarto ubezpieczenie od: do:

Suma ubezpieczenia:

* Niepotrzebne skreślić.

Informacja

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody przez London General Insurance Limited.

Zgodnie z art. 6 Kodeksu Cywilnego "ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne".

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr 101 z 2002 r., poz.926 z późn. zm.), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez London General Insurance Limited z siedzibą w Wielkiej Brytanii w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia.

Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania w siedzibie Aon Warranty Group w Warszawie.

Oświadczenie

Oświadczam, iż wszystkie informacje podane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. Ponadto upoważniam Bank Polskiej Spółdzielczości S.A. do udzielenia London General Insurance Limited jako Zakładowi Ubezpieczeń - za pośrednictwem Aon Warranty Group Sp. z o.o. w Warszawie - wszelkich informacji dotyczących wymienionej w niniejszym wniosku karty, niezbędnych dla ustalenia prawa do odszkodowania.

miejsce i data: _____ podpis: _____