



więcej / niż standard



Formularz

zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów leczenia i ratownictwa za granicą

W celu szybkiego i sprawnego rozpatrzenia roszczenia prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na poniżej podany adres firmy świadczącej serwis likwidacji szkód i działającej w imieniu AXA Ubezpieczenia TuR S.A.

Adres do korespondencji:

Inter Partner Assistance Polska S.A.
Dział likwidacji
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa
tel. +48 22 459 10 00

Do formularza prosimy dołączyć:

- oryginały rachunków z tytułu poniesionych kosztów
- kserokopię dokumentu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
- dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i inne dokumenty stwierdzające przyczynę i zakres udzielenia pomocy medycznej

A. INFORMACJE OGÓLNE

1. **Nazwisko i imię osoby zgłaszającej**
(lub opiekuna prawnego)

2. Telefon kontaktowy

3. **Nazwisko i imię osoby ubezpieczonej**

4. Adres

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu

Telefon kontaktowy

5. Adres do korespondencji

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu

6. Adres e-mail

Czy wyraża Pan/Pani zgodę, aby korespondencja była wysyłana do Pana/Pani również drogą elektroniczną? ☐ Tak ☐ Nie

7. Numer PESEL*

8. Numer rachunku bankowego Beneficjenta,
na którego rzecz ma zostać wypłacone odszkodowanie

9. Nazwa banku

10. Nazwisko i imię właściciela rachunku

11. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia ☐ przekaz pocztowy (prosimy podać adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej)

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu

12. Numer polisy

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

1. Kraj zdarzenia

2. Początek podróży data wyjazdu godzina

3. Zakończenie podróży data wyjazdu godzina

C. DANE DOTYCZĄCE SZKODY

1. Data zachorowania/
zajścia wypadku

D

D

M

M

R

R

R

R

godzina

G

G

M

M

2. Czy centrala alarmowa Inter Partner Assistance Polska S.A. została powiadomiona o zdarzeniu?
Jeśli nie, to z jakiego powodu?

☐ Tak☐ Nie

D. OPIS ZDARZENIA

1. Prosimy zakreślić odpowiednie pole i opisać zdarzenie: ☐ nagłe zachorowanie☐ nieszczęśliwy wypadek

2. Od kiedy Ubezpieczony cierpiał na te dolegliwości i kiedy miała miejsce pierwsza porada medyczna w tej sprawie?

3. Imię i nazwisko lekarza oraz adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczył się w Polsce

Upoważnienie dla placówek medycznych

Ja niżej podpisany(a) _____
zamieszkały(a) _____

upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek INTER PARTNER ASSISTANCE POLSKA S.A., pełnej informacji, dotyczącej mojej historii choroby, związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. W tym zakresie zwalnię lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

D

D

M

M

R

R

R

R

Data i podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego (w przypadku gdy Ubezpieczony jest nieletni)

4. Czy byli świadkowie wypadku?
Prosimy podać dane personalne osób uczestniczących w wypadku lub jego świadków:

☐ Tak☐ Nie

5. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był trzeźwy?

☐ Tak☐ Nie

6. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?

☐ Tak☐ Nie

E. DANE DOTYCZĄCE PONIESIONYCH KOSZTÓW

Prosimy podać spis wszystkich poniesionych kosztów.

Podstawą do zwrotu wydatków jest przedłożenie oryginałów rachunków z tytułu poniesionych kosztów (w razie konieczności prosimy kontynuować na odrębnej kartce).

Opis rachunku (np. leki, porada medyczna, transport)	Data wystawienia rachunku	Kwota i waluta	Oplacono**
1)	D D M M R R R R		☐ Tak ☐ Nie
2)	D D M M R R R R		☐ Tak ☐ Nie
3)	D D M M R R R R		☐ Tak ☐ Nie
4)	D D M M R R R R		☐ Tak ☐ Nie
5)	D D M M R R R R		☐ Tak ☐ Nie

** Jeżeli rachunek został opłacony, prosimy podać kto opłacił rachunek:

F. DANE DOTYCZĄCE INNEGO UBEZPIECZYCIELA

1. Czy Ubezpieczony posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty leczenia/ratownictwa?
Jeśli tak, prosimy podać nazwę firmy, adres oraz numer polisy:

☐ Tak☐ Nie

2. Czy Ubezpieczony posiada kartę bankową, oferującą ubezpieczenie kosztów leczenia?
Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, adres oraz numer karty:

☐ Tak☐ Nie

G. OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych osobowych o stanie zdrowia oraz nałogach, wskazanych w niniejszym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, w celu wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

☐ Tak ☐ Nie

 D D M M R R R R

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia otrzymałem(am) Informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych.

☐ Tak ☐ Nie

 D D M M R R R R

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej: Towarzystwo) oraz INTER PARTNER ASSISTANCE do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu oraz INTER PARTNER ASSISTANCE.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu oraz INTER PARTNER ASSISTANCE przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo oraz INTER PARTNER ASSISTANCE do zasięgania informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

 D D M M R R R R

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania informacji w sądzie, prokuraturze, policji oraz innych organach i instytucjach w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa.

 D D M M R R R R

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Niniejszym potwierdzam, iż podane powyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji może skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności karnej i może powodować odmowę wypłaty odszkodowania.

 D D M M R R R R

Data

Podpis zgłaszającego szkodę

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu druków, prosimy o kontakt: tel. +48 22 459 10 00 lub adres likwidacja@ipa.com.pl.

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
2. Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
 - wykonania umowy ubezpieczenia, w tym np. rozpatrzenia roszczenia z umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a w zakresie, w jakim do wykonania umowy ubezpieczenia niezbędne jest przetwarzanie Państwa danych osobowych o stanie zdrowia (tzw. szczególne kategorie danych osobowych lub dane wrażliwe) – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem, że ta zgoda została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
 - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
 - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
 - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę AXA.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem rozpatrzenia roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność oceny zasadności roszczenia.
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
 - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
 - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub

- c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.
5. AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
 - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
 - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
6. Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).
Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie axa.pl.
7. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
9. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: inspektor@axa.pl.*.



Ważne:

Treści oznaczone (*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r., bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływana powyżej jako Ustawa.