



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Formularz

zgłoszenia szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

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 TUIR S.A.

Do formularza prosimy dołączyć:

1. dokumentację medyczną z przebytego leczenia (udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu), zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, a także wyniki badań oraz dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań
2. zaświadczenie lekarza o zakończeniu leczenia
3. akt zgonu (jeżeli dotyczy)
4. protokół policji, jeżeli do wypadku doszło w wyniku wypadku komunikacyjnego
5. zeznania świadków
6. kserokopię dokumentu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
7. kserokopię dowodu rejestracyjnego i prawa jazdy (jeżeli dotyczy)

Adres do korespondencji:

Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa
tel. +48 22 575 90 80

A. INFORMACJE OGÓLNE

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

2. Telefon kontaktowy

3. **Nazwisko i imię osoby ubezpieczonej**

Adres

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu

Telefon kontaktowy

4. **Adres do korespondencji**

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu

5. **Adres e-mail**

Czy wyraża Pan/Pani zgodę, aby korespondencja była wysyłana do Pana/Pani również drogą elektroniczną? tak nie

6. Numer PESEL*

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

8. Nazwa banku

9. Nazwisko i imię właściciela rachunku

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

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu

11. Numer polisy/rezerwacji podróży

12. Data i miejsce wykupienia polisy (dotyczy polis indywidualnych)

13. Nazwa biura podróży – organizatora podróży (dotyczy polis grupowych w ramach umów z organizatorami turystycznymi)

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

1. **Czas podróży**

od do Kraj

* Dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej.

C. DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

1. Data wypadku

godzina

2. Miejsce zdarzenia

3. Okoliczności wypadku

Prosimy podać szczegółowy opis zdarzenia i okoliczności wypadku (jeśli uraz powstał w trakcie uprawiania sportu, prosimy podać dyscyplinę)

4. Opis obrażeń

5. Adres placówki w Polsce, w której klient leczył się po wypadku

6. Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli tak, prosimy podać datę.

tak

nie

7. Czy o zdarzeniu poinformowano policję/pogotowie/inne instytucje (prosimy podać nazwy i adresy)

8. Czy wypadek zgłoszono do Inter Partner Assistance?

tak

nie

9. Czy Ubezpieczony był pod wpływem środków odurzających?

tak

nie

10. Czy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu?

tak

nie

11. Czy Ubezpieczonemu wykonano badanie krwi?

tak

nie

D. PONIŻSZĄ CZĘŚĆ PROSIMY WYPEŁNIĆ JEDYNIEM W PRZYPADKU, GDY URAZ POWSTAŁ W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

1. Rodzaj środka transportu, którym poruszał się Ubezpieczony (samochód, autobus itp.)

2. Czy Ubezpieczony kierował pojazdem?

tak

nie

3. Jeśli tak, to czy Ubezpieczony posiadał wymagane prawo jazdy?

tak

nie

E. OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i o nałogach, przez AXA TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie, w celu likwidacji zgłoszonej szkody.

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA 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 zasięgnięcia 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.

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

Informujemy, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konieczne do realizacji umowy ubezpieczenia i rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia (wyłączny cel przetwarzania danych). Administratorem danych osobowych jest AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych.

 D D M M R R R R

Data

Podpis osoby zgłaszającej szkodę (jeśli inna niż Ubezpieczony)

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu druków, prosimy o kontakt: tel. +48 22 575 90 80 lub adres axa-likwidacja.szkod@ipa.com.pl.