



więcej / niż standard

ubezpieczenia

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 TUIR S.A.

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

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**

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/rezerwacji podróży

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

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

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

1. Kraj zdarzenia

2. Początek podróży

data wyjazdu godzina

3. Zakończenie podróży

data wyjazdu godzina

* Dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej.

C. DANE DOTYCZĄCE SZKODY

1. Data zachorowania/
zajścia wypadku godzina
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

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)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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

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

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 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

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