



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 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. Chłodna 51
00-867 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

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

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, 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 zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

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

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

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" value="D D M M R R R R"/>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2)	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3)	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4)	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5)	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>		<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? tak nie
Jeśli tak, prosimy podać nazwę firmy, adres oraz numer polisy:

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

G. OŚWIADCZENIA

Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez AXA TUiR S.A., z siedzibą w Warszawie, w celu likwidacji zgłoszonej szkody.

Upoważniam AXA TUiR S.A. do uzyskiwania informacji o stanie mego zdrowia, w tym dokumentacji medycznej od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych w kraju i za granicą, i zwalnim te podmioty z obowiązku zachowania tajemnicy. Powyższa zgoda obejmuje wszystkie informacje o stanie zdrowia niezbędne do ustalenia przez AXA TUiR S.A. prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w szczególności o przebytych chorobach, fizycznym i psychicznym stanie zdrowia, pobytach w szpitalu, udzielonych poradach lub diagnostyce medycznej oraz leczeniu, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia 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

Informujemy, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konieczne do realizacji umowy ubezpieczenia i rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia (wyłącznie cel – przetwarzanie 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 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.

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