



więcej / niż standard



NR POLISY GENERALNEJ 9000134

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA SPŁATY RAT KREDYTU KRÓTKOTERMINOWEGO DLA FIRM

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE:

NUMER TEL. KONTAKTOWEGO:

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE:

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO:

NR PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO:

NUMER UMOWY KREDYTU

NUMER TELEFONU:

NUMER RACHUNKU PRZEZNACZONEGO DO SPŁATY KREDYTU, NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ ŚWIADCZENIE:

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY LUB  
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

data pobytu w szpitalu (dd/mm/rr)

od

do

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku lub choroby powodującej pobyt w szpitalu:

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Kopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne
- Historia pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub NW
- Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat
- Inne dokumenty:

\*

**ROSZCZENIE DOTYCZĄCE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA / OPERACJI CHIRURGICZNEJ\*\***

data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

rodzaj poważnego zachorowania/operacji

--

Szczegółowe okoliczności zajścia poważnego zachorowania/ operacji:

--

Załączniki:

(zaznaczyć właściwe X)

- Zaświadczenie lekarskie zawierające szczegółowy opis poważnego zachorowania/przebytej operacji
- Dokumentacja medyczna obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia
- Dokumentacja medyczna z prowadzonego leczenia związanego z poważnym zachorowaniem/przebyłą operacją
- Kopia Umowy kredytu wraz z harmonogramem spłat

Prosimy o podanie nazwy i adresu poradni rodzinnej wraz z nazwiskiem lekarza rodzinnego, a w przypadku wcześniejszego leczenia w poradniach specjalistycznych prosimy także o podanie nazw i adresów tych poradni:

.....

.....

.....  
\* - właściwe zaznaczyć X  
\*\* niewłaściwe skreślić

1) Czy do poważnego zachorowania /operacji/pobytu w szpitalu\*\* doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza?  
 TAK  NIE

2) Czy do poważnego zachorowania /operacji/pobytu w szpitalu\*\* doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?  
 TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia TAK, prosimy o podanie dyscypliny sportowej: .....  
\*\* - niewłaściwe skreślić

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie ul. Chłodna 51, moich danych osobowych, w tym danych na temat stanu mojego zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia (**Dotyczy Ubezpieczonego**).
2. Wyrażam zgodę na zwolnienie mBanku S.A. z dochowania tajemnicy bankowej w związku z rozpatrzeniem zgłoszonego roszczenia ( **Dotyczy Ubezpieczonego**).
3. Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez osobę upoważnioną przez AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem, informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczenia lub wysokości świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia (**Dotyczy Ubezpieczonego**).
4. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, moich danych osobowych w celu związanym z likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego (**Dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe**).
6. Administratorem danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51. Dane osobowe będą przetwarzane w celu likwidacji zgłoszonej szkody. Podanie danych jest dobrowolne. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.

podpis Poszkodowanego/Uposażonego

miejsowość i data

**Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. 801 884 444, 22 459 10 00**

**Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. Ul. Chłodna 51 00-867 Warszawa**