

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKODY

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Szczegółowy opis zdarzenia oraz opis roszczenia jakie powstało w związku z szkodą
Kto został powiadomiony o zdarzeniu (np. Policja, Linie Lotnicze, Przewoźnik, Hotel)

--

D. DANE DOTYCZĄCE PONIESIONYCH KOSZTÓW – Dotyczy Opóźnienia Dostarczenia Bagażu Podróżnego oraz Opóźnienia Odlotu

Prosimy podać spis wszystkich poniesionych kosztów.

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

Opis rachunku	Data wystawienia rachunku	Kwota i waluta

E. DANE DOTYCZĄCE UTRACONYCH LUB USZKODZONYCH PRZEDMIOTÓW – dotyczy Utraty lub Uszkodzenia Bagażu Podróżnego oraz Rabunku Rzeczy Osobistych

Prosimy podać spis wszystkich przedmiotów

Przedmiot	Data zakupu	Kwota i waluta

F. DANE DOTYCZĄCE INNEGO UBEZPIECZYCIELA

Czy Ubezpieczony posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty leczenia/ratownictwa?

TAK NIE

Jeśli tak, prosimy podać nazwę firmy, adres oraz numer polisy:

--

Czy Ubezpieczony posiada inną kartę bankową, ofertującą ubezpieczenie kosztów leczenia:

TAK NIE

Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, adres oraz numer karty:

--

G. OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 oraz Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, moich danych osobowych, w tym danych na temat stanu mojego zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia „Twoje OC i Twoja Podróż” Dla Posiadaczy Kart BRE Banku SA (obecnie mBanku SA), wydanych przez mBank.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 oraz Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, moich danych osobowych w celu związanym likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Upoważniam Inter Partner Assistance Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie Inter Partner Assistance Polska S.A. przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia.

4. 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.

podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę

miejsowość i data

5. 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.

podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę

miejsowość i data

Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia dostępne są pod nr tel. +48 22 575 95 57

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