



więcej / niż standard



NR POLISY GENERALNEJ: 9000116

WNIOSK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA/ODSZKODOWANIA
Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA „TWOJE OC I TWOJA PODRÓŻ DLA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH
WYDAWANYCH PRZEZ BRE BANK S.A. (OBECNIE MBANK S.A.)

ZGŁOSZENIE DOTYCZY SZKODY Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA:

- Kosztów Leczenia, Natychmiastowej Pomocy Assistance i Transportu Medycznego
- Następstw Nieszczęśliwych Wypadków
- Pobytu w Szpitalu

CZY SPRAWA BYŁA ZGŁOSZONA DO CENTRUM ALARNOWEGO?

- TAK
- NIE

NUMER SZKODY:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

A. INFORMACJE OGÓLNE

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NR TEL.KONTAKTOWEGO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NR PESEL:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NR UBEZPIECZONEJ KARTY

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | | - | | | | - | | | | | - | | | | | - | | | | | | | - | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

Początek podróży (dd/mm/rr)

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | / | | | / | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|

Zakończenie podróży (dd/mm/rr)

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | / | | | / | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|

Kraj do którego odbyła się podróż

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKODY

Data zachorowania/zajścia wypadku (dd/mm/rr)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Jeżeli Centrum Alarmowe nie zostało poinformowane o zdarzeniu, prosimy podać powód braku zgłoszenia?

| |
|--|
| |
|--|

D. PONIŻSZĄ CZĘŚĆ NALEŻY WYPEŁNIĆ JEDYNIĘ W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA SZKODY Z POWODU NAGŁEGO ZACHOROWANIA

Szczegółowy opis zachorowania wraz z diagnozą

Prosimy umieścić dokładny opis dolegliwości (w przypadku śmierci prosimy załączyć akt zgonu)

| |
|--|
| |
|--|

Od kiedy Ubezpieczony cierpiął na te dolegliwości i kiedy miała miejsce pierwsza porada medyczna w tej sprawie?

| |
|--|
| |
|--|

Czy choroba występowała w przeszłości?

TAK NIE

Imię i nazwisko lekarza oraz adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczył się w Polsce

| |
|--|
| |
|--|

E. PONIŻSZĄ CZĘŚĆ NALEŻY WYPEŁNIĆ JEDYNIĘ W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA SZKODY W ZWIĄZKU Z NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Jaka była przyczyna wypadku? Prosimy podać dokładny opis okoliczności wypadku oraz odniesione obrażenia.

Czy wypadek powstał wskutek uprawiania sportu? Jeżeli tak to jakiej dyscypliny.

Czy wypadek powstał wskutek wykonywania pracy lub wykonywania pracy o wysokim stopniu ryzyka (zgodnie z OWU)?

| |
|--|
| |
|--|

Czy Ubezpieczony był pod wpływem środków odurzających?

TAK NIE

Czy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu?

TAK NIE

Czy Ubezpieczonemu wykonano badanie krwi?

TAK NIE

Czy w wypadku uczestniczyły inne osoby?

TAK NIE

Prosimy o podanie danych personalnych osób uczestniczących w wypadku lub jego świadków:

| |
|--|
| |
|--|

Czy na miejscu został sporządzony raport policyjny?

TAK NIE

Jeśli tak prosimy o podać adres odpowiedniej jednostki:

Czy sprawcą wypadku był Ubezpieczony?

TAK NIE

Jeżeli zaznaczono NIE, prosimy o podanie imienia i nazwiska, adresu zamieszkania, numeru dokumentu tożsamości oraz numeru polisy ubezpieczeniowej sprawcy (jeżeli te dane są znane)

Kto udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy (nazwisko lekarza, adres placówki medycznej)?

F. DANE DOTYCZĄCE PONIESIONYCH KOSZTÓW

Prosimy podać spis wszystkich poniesionych kosztów.

Podstawą do zwrotu wydatków jest przedłożenie 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 | Opłacono * |
|--|---------------------------|----------------|---|
| | | | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| | | | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| | | | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |

**Jeżeli rachunek został opłacony, prosimy podać kto opłacił rachunek:*

G. DANE DOTYCZĄCE INNEGO UBEZPIECZYCIELA

Czy Ubezpieczony posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty leczenia/natychmiastowej pomocy assistance/transportu medycznego?

TAK NIE

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

Czy Ubezpieczony posiada inną kartę bankową, ofertującą ubezpieczenie koszty leczenia/natychmiastowej pomocy assistance/transportu medycznego?

TAK NIE

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

H. 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**