

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKODY

Data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Szczegółowy opis zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową

D. DANE DOTYCZĄCE PONIESIONYCH KOSZTÓW

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 INNEGO UBEZPIECZYCIELA

Czy Ubezpieczony posiada inną polisę obejmującą swym zakresem Odwołanie lub Skrócenie Podróży Zagranicznej?

TAK NIE

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

Czy Ubezpieczony posiada inną kartę bankową, ofertującą Odwołanie lub Skrócenie Podróży Zagranicznej?

TAK NIE

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

F. 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 z 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.

AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.
ul. Chłodna 51
00-963 Warszawa
Regon 140806789 NIP1070006155

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy
XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,
nr rejestru przedsiębiorców KRS 0000271543
Wysokość Kapitału Zakładowego: 15 941 177 PLN
opłacony w całości

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**