

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NOWOTWORU „mWALECZNI”**

IMIĘ I NAZWISKO ZGŁASZAJĄCEGO:

NR TEL. KONTAKTOWEGO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:

ADRES ZGŁASZAJĄCEGO:

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO

NR PESEL:

ADRES UBEZPIECZONEGO:

WARIANT UBEZPIECZENIA

<input type="checkbox"/> STANDARD*	<input type="checkbox"/> KOMFORT*	<input type="checkbox"/> PREMIUM*
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

NUMER TELEFONU

ADRES E-MAIL

NUMER RACHUNKU NA JAKI NALEŻY PRZEKAZAĆ ŚWIADCZENIE

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU

** **ROSZCZENIE DOTYCZĄCE ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

data zgonu (dd/mm/rr)

 / /

Szczegółowy opis okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego:

Załączniki :

- Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- Kopia karty statystycznej zgonu;
- Kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego
- Zaświadczenie określające przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawione przez lekarza lub odnośne władze;
- Inne dokumenty:.....

*

**ZDIAGNOZOWANIA U UBEZPIECZONEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO
WYMIENIONEGO W ZAŁĄCZNIKU DO OWU**

data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

 / /

nazwa rozpoznanego nowotworu wraz z kodem ICD

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki:

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
 Pełną dokumentację medyczną potwierdzającą zdiagnozowanie nowotworu złośliwego;
 Inne dokumenty.....

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:

.....
.....
.....

*- zaznaczyć właściwe X

**- niewłaściwe skreślić

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia podanych w niniejszym Wniosku i innych przekazanych przeze mnie dokumentach **(Dotyczy Ubezpieczonego składającego wniosek o wypłatę świadczenia)** przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej: „Towarzystwo”), z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, do celów związanych z wykonaniem Umowy ubezpieczenia (obsługa zgłoszonego roszczenia). Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.
- TAK NIE

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych udostępniono mi Informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

TAK NIE

2. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji o stanie zdrowia, obejmuje następujące informacje o:
- 1) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
 - 2) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach,
 - 3) wynikach przeprowadzonych konsultacji,
 - 4) przyczynie mojej śmierci.
- Informacje, o których mowa powyżej udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych Towarzystwu. Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci. **(Dotyczy Ubezpieczonego składającego wniosek o wypłatę świadczenia).**
- TAK NIE

3. Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Powyższa zgoda pozostaje w mocy także po mojej śmierci. **(Dotyczy Ubezpieczonego składającego wniosek o wypłatę świadczenia).**
- TAK NIE

4. Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:
- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci. **(Dotyczy Ubezpieczonego składającego wniosek o wypłatę świadczenia).**
- TAK NIE
5. Oświadczam, że udostępniono mi Informację o przetwarzaniu danych osobowych **(Dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe, innej niż Ubezpieczony składający Wniosek o wypłatę świadczenia).**
- TAK NIE
6. 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. **(Dotyczy Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe).**
- TAK NIE
7. Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail. **(Dotyczy Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe).**
- TAK NIE
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na (zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku):
- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.
- (Dotyczy Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe).**

podpis osoby zgłaszającej roszczenie
o wypłatę świadczenia

podpis Ubezpieczonego

miejsowość i data

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

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

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A z siedzibą ul. Chłodna 51 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
 2. Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
 - wykonania umowy ubezpieczenia, w tym np. rozpatrzenia roszczenia z umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a w zakresie, w jakim do wykonania umowy ubezpieczenia niezbędne jest przetwarzanie Państwa danych osobowych o stanie zdrowia (tzw. szczególne kategorie danych osobowych lub dane wrażliwe) – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem, że ta zgoda została przez Państwa udzielona, w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu,
 - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie,
 - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń,
 - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę AXA.
 3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem rozpatrzenia roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność oceny zasadności roszczenia.
 4. Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
 - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
 - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA lub
 - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.
 5. AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
 - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa
 - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi, dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
 6. Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).
- Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie axa.pl.
7. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
 8. Jeżeli uznają Państwo iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub Ustawy mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
 9. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail inspektor@axa.pl.

Ważne:

Treści oznaczone (*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r. bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) - powoływana powyżej jako Ustawa.