

Zgłaszający roszczenie

Ubezpieczony Inna osoba (w przypadku wyboru tej opcji prosimy wypełnić poniższe pola)

Nazwisko _____ Imię _____
+48 _____ +48 _____
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny E-mail _____

Adres korespondencyjny

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

Wypłata świadczenia

Numer rachunku bankowego, na który należy wypłacić świadczenie

Dane właściciela rachunku bankowego

Nazwisko _____ Imię _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- numer Karty wraz z imieniem i nazwiskiem Posiadacza karty
- zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół policyjny), dokumentację postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienie prokuratury, wyrok sądu)

CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania całkowitej niezdolności do pracy, określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy
- dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę całkowitej niezdolności do pracy

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY SPOWODOWANA POBYTEM W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza
- zaświadczenie mBanku o minimalnej kwocie spłaty Karty Ubezpieczonego
- historię pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub nieszczęśliwego wypadku
- w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym – notatkę policji z zająścia wypadku

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU POTWIERDZONA ZWOLNIENIEM LEKARSKIM

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię zwolnienia lekarskiego potwierdzającego czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego poświadczoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę, Ubezpieczającego lub inne władze
- dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, związaną ze zwolnieniem

Oświadczenia

Oświadczenia Ubezpieczonego składającego wniosek o wypłatę świadczenia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia podanych w niniejszym wniosku i innych przekazanych przeze mnie dokumentach, przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej: AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.), 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 AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. 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

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. (dalej: Towarzystwo) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z 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 lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczynę mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Tak Nie

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli 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.

Tak Nie

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia 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 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 niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe upoważnienie pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

Tak Nie

Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie, innej niż Ubezpieczony składający wniosek o wypłatę świadczenia

Oświadczam, że udostępniono mi Informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak Nie

Oświadczenia Ubezpieczonego / osoby zgłaszającej roszczenie

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.

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.

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.

Miejscowość

D D M M R R R R
Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego/osoby zgłaszającej roszczenie

Dane przyjmującego wniosek (o ile wniosek jest składany za pośrednictwem banku)

Nazwisko

Imię

Miejscowość

D D M M R R R R
Data

Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

W przypadku zgłoszenia roszczenia prosimy przesłać komplet dokumentów na adres:

AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa lub e-mail: likwidacjaszkod@axaubezpieczenia.pl

W razie pytań prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem Infolinii 22 459 10 00

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

- Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
- 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 ściganie przestępstw popełnianych na szkodę AXA.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem rozpatrzenia roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność oceny zasadności roszczenia.
- Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
 - do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
 - do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
 - 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.
- AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
 - 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;
 - 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.