

NR POLISY GENERALNEJ: 9000116

**WNIOSEK 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

A. INFORMACJE OGÓLNE

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

NR TEL.KONTAKTOWEGO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZDARZENIE

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO:

NR PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO:

NR UBEZPIECZONEJ KARTY

ADRES E-MAIL:

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 JEDYNIEM 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 cierpiał 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 JEDYNIEM 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 (00-867) przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu w celu wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. 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

2. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia otrzymałem(am) Informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych.

TAK NIE

3. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej: Towarzystwo) oraz INTER PARTNER ASSISTANCE 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 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 lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 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) przyczyny mojej śmierci.

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

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu oraz INTER PARTNER ASSISTANCE.

TAK NIE

4. Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu oraz INTER PARTNER ASSISTANCE 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.

TAK NIE

5. Upoważniam Towarzystwo oraz INTER PARTNER ASSISTANCE do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;
- 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.

TAK NIE

6. 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.

TAK NIE

7. 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.

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

podpis osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę

podpis Ubezpieczonego

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**

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 ściganie 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.