



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 zmieścić 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 przy ul. Chłodnej 51 (dalej: „Towarzystwo”) oraz Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, moich danych na temat stanu mojego zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem grupowej Umowy Ubezpieczenia „Twoje OC i Twoja Podróż” Dla Posiadaczy Kart BRE Banku S.A. (obecnie mBanku S.A.). wydanych przez mBank.

TAK  NIE

2. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. oraz Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68 są administratorami moich danych osobowych. Oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne oraz że mam prawo wglądu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

TAK  NIE

3. Upoważniam Inter Partner Assistance Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, 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.

TAK  NIE

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.

TAK  NIE

5. 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.

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**