



Wniosek

o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla dziecka

- Zgłaszane roszczenie dotyczy¹:
- Pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
 - Pobytu w szpitalu w następstwie choroby
 - Złamania w następstwie nieszczęśliwego wypadku
 - Urazu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
 - Oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Prosimy wypełnić wniosek szczegółowo i czytelnie.

Dane Ubezpieczającego

Nazwisko _____ Imię _____
PESEL _____ Numer polisy _____

Dane Dziecka

Nazwisko _____ Imię _____ Data urodzenia D D M M R R R R R R

Adres zamieszkania

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

Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

D D M M R R R R R R Data wypadku Data pobytu w szpitalu od: D D M M R R R R R R do: D D M M R R R R R R

Opis okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego (wyczerpująco):

Czy zgłaszane roszczenie związane jest z chorobą lub wypadkiem rozpoznanymi i leczonymi przed rozpoczęciem umowy ubezpieczenia? Tak Nie

Czy po leczeniu szpitalnym dziecko przebywało na zwolnieniu lekarskim? Tak Nie

Czy w trakcie leczenia szpitalnego dziecko przebywało na OIOM/OIOT/OIOK/OINK? Tak Nie

Czy po leczeniu szpitalnym dziecko przebywało w sanatorium? Tak Nie

Czy był spisany protokół policyjny w związku z wypadkiem? Tak Nie

Adres jednostki policji:

Czy dziecko w chwili wypadku znajdowało się pod wpływem alkoholu? Tak Nie

Kto i gdzie udzielił dziecku pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

Nazwa i adres placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczyło się dziecko w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczyło się dziecko:

Zgłaszający roszczenie

dziecko inna osoba, np. opiekun prawny dziecka (w przypadku wyboru tej opcji prosimy wypełnić poniższe pola)

Nazwisko _____ Imię _____

+48 _____ E-mail _____
Telefon kontaktowy

W przypadku zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego niepełnoletniego dziecka prosimy podać stopień pokrewieństwa osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia:

Stopień pokrewieństwa

Adres korespondencyjny

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

Wypłata świadczenia

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

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

Przekaz pocztowy

Imię i nazwisko odbiorcy

Adres:

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

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio: notariusza, pracownika USC zgodnie z posiadanym przez niego upoważnieniem, pracownika Towarzystwa, agenta bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

POBYT W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, POBYT W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY

Do zgłoszenia dołączono:

- kserokopie dokumentu tożsamości dziecka / opiekuna prawnego dziecka
- kartę informacyjną leczenia szpitalnego
- kserokopię aktu urodzenia Dziecka

URAZ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, ZŁAMANIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, OPARZENIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia dołączono:

- kserokopię dokumentu tożsamości dziecka / opiekuna prawnego dziecka
- kserokopię aktu urodzenia dziecka
- kartę informacyjną leczenia szpitalnego
- dokumentację medyczną leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart informacyjnych leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG)
- opis świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.)

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. może poprosić zgłaszającego roszczenie o przedstawienie innych dokumentów, niewymienionych powyżej, jeżeli te dokumenty będą niezbędne do ustalenia odpowiedzialności AXA lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie

Oświadczenia pełnoletniego dziecka / opiekuna prawnego dziecka składającego wniosek o wypłatę świadczenia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/mojego dziecka 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).

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/mojemu dziecku informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak Nie

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi/mojemu dziecku 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/mojego dziecka śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.

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

Tak Nie

Wyrażam zgodę na przekazywanie do AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi/mojemu dziecku świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Powyższa zgoda pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

Tak Nie

Upoważniam AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. do zasięgania informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a ja lub moje dziecko 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 pełnoletniego dziecka / opiekuna prawnego dziecka

Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie, innej niż pełnoletnie dziecko / opiekun prawny dziecka składający wniosek o wypłatę świadczenia

Oświadczam, że udostępniono mi Informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak Nie

Oświadczenia pełnoletniego dziecka / opiekuna prawnego dziecka / 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.

Tak Nie

W przypadku wybrania odpowiedzi „Tak” oświadczam, że wyrażam zgodę na (zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku):

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu drogą elektroniczną na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis pełnoletniego dziecka / opiekuna prawnego dziecka / osoby zgłaszającej roszczenie²

Dane przyjmującego wniosek (o ile wniosek jest składany za pośrednictwem agentów Towarzystwa)

Nazwisko

Imię

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

Prosimy przelać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA**

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
2. Prosimy skreślić niewłaściwe.

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 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:

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.