



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Formularz

zgłoszenia szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

W celu szybkiego i sprawnego rozpatrzenia roszczenia prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na poniżej podany adres firmy świadczącej serwis likwidacji szkód i działającej w imieniu AXA TUIR S.A.

Do formularza prosimy dołączyć:

1. dokumentację medyczną z przebytego leczenia (udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu), zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, a także wyniki badań oraz dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań
2. zaświadczenie lekarza o zakończeniu leczenia
3. akt zgonu (jeżeli dotyczy)
4. protokół policji, jeżeli do wypadku doszło w wyniku wypadku komunikacyjnego
5. zeznania świadków
6. kserokopię dokumentu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
7. kserokopię dowodu rejestracyjnego i prawa jazdy (jeżeli dotyczy)

Adres do korespondencji:

Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
tel. +48 22 575 90 80

A. INFORMACJE OGÓLNE

1. **Nazwisko i imię osoby zgłaszającej**
(lub opiekuna prawnego)

2. Telefon kontaktowy _____

3. **Nazwisko i imię osoby ubezpieczonej**

Adres

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

Telefon kontaktowy _____

4. Adres do korespondencji

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

5. Adres e-mail

Czy wyraża Pan/Pani zgodę, aby korespondencja była wysyłana do Pana/Pani również drogą elektroniczną? tak nie

6. Numer PESEL* _____

7. Numer rachunku bankowego Beneficjenta,
na którego rzecz ma zostać wypłacone odszkodowanie _____

8. Nazwa banku

9. Nazwisko i imię właściciela rachunku

10. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia przekaz pocztowy (prosimy podać adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej)

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

11. Numer polisy/rezerwacji podróży

12. Data i miejsce wykupienia polisy (dotyczy polis indywidualnych)

13. Nazwa biura podróży – organizatora podróży (dotyczy polis grupowych w ramach umów z organizatorami turystycznymi)

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

1. Czas podróży

od _____ do _____ Kraj _____

C. DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

1. Data wypadku

godzina

2. Miejsce zdarzenia

3. Okoliczności wypadku

Prosimy podać szczegółowy opis zdarzenia i okoliczności wypadku (jeśli uraz powstał w trakcie uprawiania sportu, prosimy podać dyscyplinę)

4. Opis obrażeń

5. Adres placówki w Polsce, w której klient leczył się po wypadku

6. Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli tak, prosimy podać datę.

tak

nie

7. Czy o zdarzeniu poinformowano policję/pogotowie/inne instytucje (prosimy podać nazwy i adresy)

8. Czy wypadek zgłoszono do Inter Partner Assistance?

tak

nie

9. Czy Ubezpieczony był pod wpływem środków odurzających?

tak

nie

10. Czy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu?

tak

nie

11. Czy Ubezpieczonemu wykonano badanie krwi?

tak

nie

D. PONIŻSZĄ CZĘŚĆ PROSIMY WYPEŁNIĆ JEDYNIEM W PRZYPADKU, GDY URAZ POWSTAŁ W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

1. Rodzaj środka transportu, którym poruszał się Ubezpieczony (samochód, autobus itp.)

2. Czy Ubezpieczony kierował pojazdem?

tak

nie

3. Jeśli tak, to czy Ubezpieczony posiadał wymagane prawo jazdy?

tak

nie

E. OŚWIADCZENIA

Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez AXA TUIR S.A., z siedzibą w Warszawie, w celu likwidacji zgłoszonej szkody.

Upoważniam Towarzystwo 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 Towarzystwu przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia.

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.

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Niniejszym potwierdzam, iż podane powyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji może skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności karnej i może powodować odmowę wypłaty odszkodowania.

Data

Podpis zgłaszającego szkodę

Informujemy, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konieczne do realizacji umowy ubezpieczenia i rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia (wyłącznie cel – przetwarzanie danych). Administratorem danych osobowych jest AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych.

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu druków, prosimy o kontakt: tel. +48 22 575 90 80 lub adres axa-likwidacja.szkoed@ipa.com.pl.