



więcej / niż standard

Formularz

zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów leczenia i ratownictwa za granicą

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.

Adres do korespondencji:

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

Do formularza prosimy dołączyć:

w przypadku zgłoszenia szkody z tytułu kosztów leczenia i/lub ratownictwa z powodu nagłego zachorowania:

1. polisę lub potwierdzenie wykupienia ubezpieczenia u touroperatora
2. oryginały rachunków z tytułu poniesionych kosztów
3. kserokopię dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
4. dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i inne dokumenty stwierdzające przyczynę i zakres udzielenia pomocy medycznej
5. akt zgonu (jeżeli dotyczy)

w przypadku zgłoszenia szkody z tytułu kosztów leczenia i/lub ratownictwa z powodu wypadku:

1. polisę lub potwierdzenie wykupienia ubezpieczenia u touroperatora
2. oryginały rachunków z tytułu poniesionych kosztów
3. kserokopię dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
4. kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu i prawa jazdy (jeżeli dotyczy)
5. dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i inne dokumenty stwierdzające przyczynę i zakres udzielenia pomocy medycznej
6. opis okoliczności wypadku/zeznania świadków
7. protokół policji z miejsca zdarzenia (jeżeli był to wypadek komunikacyjny)
8. akt zgonu (jeżeli dotyczy)

A. INFORMACJE OGÓLNE

1. Nazwisko i imię osoby zgłaszającej

(lub opiekuna prawnego)

2. Telefon kontaktowy

3. Nazwisko i imię osoby ubezpieczonej

4. Adres

5. Adres do korespondencji

6. Adres e-mail

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

tak

nie

4. 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

1. Jaka była przyczyna wypadku?

Prosimy podać dokładny opis okoliczności wypadku:

2. Czy w wypadku uczestniczyły inne osoby?

tak

nie

3. Czy byli świadkowie wypadku?

tak

nie

Jeśli na pytanie 2 i/lub 3 udzielono odpowiedzi twierdzących, prosimy o podanie danych personalnych osób uczestniczących w wypadku lub jego świadków:

4. Czy na miejscu został sporządzony raport policyjny?

tak

nie

Jeśli tak, prosimy podać adres odpowiedniej jednostki:-

5. 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):

6. Charakter odniesionych obrażeń

Prosimy podać dokładny opis:

7. Czy wypadek powstał wskutek?

- wyczynowego uprawiania sportu prowadzenia pojazdu mechanicznego (samochód, ciężarówka) wykonywania pracy fizycznej
 uprawiania sportu (jeśli tak, to jakiej dyscypliny)

innej przyczyny (jakiej?)

8. 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 oryginałów 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*	
1)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
2)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
3)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
4)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
5)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

* Jeżeli rachunek został opłacony, prosimy podać kto opłacił rachunek:

G. DANE DOTYCZĄCE INNEGO UBEZPIECZYCIELA

1. Czy Ubezpieczony posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty leczenia/ratownictwa?

tak nie

Jeśli tak, prosimy podać nazwę firmy, adres oraz numer polisy:

2. Czy Ubezpieczony posiada kartę bankową, oferującą ubezpieczenie kosztów leczenia?

tak nie

Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, adres oraz numer karty:

H. OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, w celu realizacji niniejszego wniosku.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego lekarza, u którego leczyłem(łam) 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.

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

D D M M R R R R

Data

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.

Podpis zgłaszającego szkodę

D D M M R R R R

Data

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz. 883 ze zmianami) informujemy, że podanie danych jest dobrowolne. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane i przetwarzane przez AXA TUIR S.A oraz Inter Partner Assistance Polska S.A., z siedzibą 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.