



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.

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:

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 dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
7. kserokopię dowodu rejestracyjnego i prawa jazdy (jeżeli dotyczy)

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 _____

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. Nr PESEL _____

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

8. Nazwa banku

9. Nazwisko i imię właściciela rachunku

10. Numer polisy/rezerwacji podróży

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

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

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

1. Czas podróży

od do

C. DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

1. Data wypadku

godzina

2. Miejsce zdarzenia

3. Okoliczności wypadku

*Prosimy o podanie szczegółowego opisu zdarzenia i okoliczności wypadku
(jeśli uraz powstał w trakcie uprawiania sportu, prosimy podać dyscyplinę)*

4. Czy Ubezpieczony był pod wpływem środków odurzających?

tak

nie

5. Czy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu?

tak

nie

6. 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. PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ PONIŻSZEJ CZĘŚCI, JEŚLI ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA UDZIELONO W FORMULARZU ZGŁOSZENIA SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA AXA TUIR S.A. PROSIMY O PODANIE JEDYNIEM NUMERU SZKODY.

Nr szkody

1. Czy w wypadku uczestniczyły inne osoby?

tak

nie

2. Czy byli świadkowie wypadku? tak nie
Jeśli na pytanie E.1 i/lub E.2 udzielono odpowiedzi twierdzących, prosimy o podanie danych personalnych osób uczestniczących w wypadku lub jego świadków:

3. Czy na miejscu został sporządzony raport policyjny? tak nie
Jeśli tak, prosimy podać adres odpowiedniej jednostki:

4. Charakter odniesionych obrażeń
Prosimy podać dokładny

5. Czy wypadek powstał wskutek?
 wyczynowego uprawiania sportu samobójstwa wykonywania pracy fizycznej
 uprawiania sportu (jeśli tak, to jakiej dyscypliny?)

innej przyczyny (jakiej?)

6. Czy wskutek choroby/leczenia Ubezpieczony był hospitalizowany? tak nie

od do

Jeśli tak, prosimy o załączenie karty leczenia szpitalnego.

7. Czy Ubezpieczony był poddany leczeniu ambulatoryjnemu? tak nie
Jeśli tak, prosimy podać adres gabinetu oraz imię i nazwisko lekarza udzielającego pomocy:

Data pierwszej porady medycznej

8. W przypadku gdy Ubezpieczony był leczony również przez innego lekarza lub w innej placówce medycznej, prosimy podać nazwisko i imię lekarza, adres gabinetu lub adres placówki:

F. 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(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.

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

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

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.