



więcej / niż standard

ubezpieczenia

## 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.

Do formularza prosimy dołączyć:

- oryginały rachunków z tytułu poniesionych kosztów
- kserokopię dokumentu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
- dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i inne dokumenty stwierdzające przyczynę i zakres udzielenia pomocy medycznej

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**

4. Adres

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Numer domu/lokalu

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

5. Adres do korespondencji

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Numer domu/lokalu

6. Adres e-mail

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

tak

nie

7. Numer PESEL\* \_\_\_\_\_

8. Numer rachunku bankowego Beneficjenta,  
na którego rzecz ma zostać wypłacone odszkodowanie \_\_\_\_\_

9. Nazwa banku

10. Nazwisko i imię właściciela rachunku

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

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Numer domu/lokalu

12. Numer polisy/rezerwacji podróży

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

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

#### B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

1. Kraj zdarzenia

2. Początek podróży

data wyjazdu

godzina

3. Zakończenie podróży

data wyjazdu

godzina

### C. DANE DOTYCZĄCE SZKODY

1. Data zachorowania/  
zajścia wypadku           godzina
2. Czy centrala alarmowa Inter Partner Assistance Polska S.A. została powiadomiona o zdarzeniu?  
Jeśli nie, to z jakiego powodu?  tak  nie

### D. OPIS ZDARZENIA

1. Prosimy zakreślić odpowiednie pole i opisać zdarzenie:  nagłe zachorowanie  nieszczęśliwy wypadek

---

---

---

---

2. Od kiedy Ubezpieczony cierpiał na te dolegliwości i kiedy miała miejsce pierwsza porada medyczna w tej sprawie?

3. Imię i nazwisko lekarza oraz adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczył się w Polsce

---

#### Upoważnienie dla placówek medycznych

Ja niżej podpisany(a) \_\_\_\_\_

zamieszkały(a) \_\_\_\_\_

upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek INTER PARTNER ASSISTANCE, pełnej informacji, dotyczącej mojej historii choroby, związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. W tym zakresie zwalnim lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

Data i podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego (w przypadku gdy Ubezpieczony jest nieletni)

4. Czy byli świadkowie wypadku?  tak  nie  
Prosimy podać dane personalne osób uczestniczących w wypadku lub jego świadków:

---

---

---

5. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był trzeźwy?  tak  nie

6. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?  tak  nie

### E. 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:

## F. 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:

## G. 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 (wylączny 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.szkod@ipa.com.pl](mailto:axa-likwidacja.szkod@ipa.com.pl).