



więcej / niż standard

ubezpieczenia

# Wniosek

o wypłatę świadczenia do Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Medyczny OK

Zgłaszane roszczenie dotyczy\*:

- Pobytu w szpitalu z dowolnej przyczyny       Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

## Dane Wnioskopolisy

\_\_\_\_\_  
 Numer wnioskopolisy       D D M M R R R R   
 Data podpisania

## Dane Ubezpieczonego

\_\_\_\_\_  
 Imię      \_\_\_\_\_  
 Nazwisko

\_ \_ \_ \_ \_        D D M M R R R R        \_ \_ \_ \_ \_   
 PESEL      Data urodzenia      Seria i numer dokumentu tożsamości

Obywatelstwo  polskie  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) \_\_\_\_\_

dowód osobisty  
 paszport       \_ \_ \_ \_ \_   
 karta pobytu      Numer telefonu

\_ \_ \_ \_ \_   
 Seria i numer dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_  
 E-mail

## Adres zamieszkania

\_ \_ \_ - \_ \_ \_       \_\_\_\_\_  
 Kod pocztowy      Miejscowość      Kraj

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

## Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

\_ \_ \_ - \_ \_ \_       \_\_\_\_\_  
 Kod pocztowy      Miejscowość      Kraj

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

## Dane dotyczące wypadku

DDMMRRRR

Data wypadku

Okoliczności i miejsce  
wypadku (wyczerpująco):

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?\*

Tak  Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?\*

Tak  Nie

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?\*

Tak  Nie

Czy w związku z wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?\*

Tak  Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy:

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie Zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie:

## Dane dotyczące Pobytu w szpitalu

Data Pobytu w szpitalu: od DDMMRRRR do DDMMRRRR

Nazwa i adres Szpitala, w którym leczyl się Ubezpieczony w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Czy zostało zakończone leczenie?\*

Tak  Nie

Przyczyna Pobytu w szpitalu\*:

choroba

wypadek (wymagane wypełnienie pól powyżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

## Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeśli inny niż Ubezpieczony

Nazwisko

Imię

+48 Telefon komórkowy

+48 Telefon stacjonarny

E-mail

### Adres zamieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Kraj

Ulica

Numer domu/lokalu

### Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy Miejscowość

Kraj

Ulica

Numer domu/lokalu

## Forma wypłaty świadczenia\*

### Przelew bankowy

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

\_\_\_\_\_  
Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy      Miejscowość      Ulica      Numer domu/lokalu

### Przekaz pocztowy

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 (w zakresie jego kompetencji), pracownika Towarzystwa, pracownika KredytOK Sp. z o.o. bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.*

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

### POBYT W SZPITALU UBEZPIECZONEGO Z DOWOLNEJ PRZYCZYNY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego, obejmującej okres 2 lat przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia
- jeżeli zdarzenie jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku – kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

### POBYT W SZPITALU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem lub w przypadku wniosku Ubezpieczonego o częściową wypłatę świadczenia – zaświadczenia o pobycie w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- opis okoliczności zdarzenia, tj. Nieszczęśliwego wypadku
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

## Oświadczenia

1. 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

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na\*:

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

## Oświadczenia Ubezpieczonego

1. Ja, niżej podpisany(a), zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Pakiet Medyczny OK” i wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej „Towarzystwo”) do podmiotów wykonujących działalność lecz-

niczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i 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 oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 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) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu.\*\*

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwiskach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.\*\*

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania informacji w:

– Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;

– innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i 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 o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.\*\*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Tak  Nie

2. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu do celów związanych z obsługą zgłaszanego roszczenia.

Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Tak  Nie

  D  D  M  M  R  R  R  R  R  R  

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Prosimy przesłać 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: Roszczenia Bancassurance

\* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

\*\* nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą ul. Chłodna 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 wyemitowania obowiązku prawnego ciężącego 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).

Możą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie [axa.pl](http://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](mailto:inspektor@axa.pl).\*

### Ważne:

Treści oznaczone (\*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r. bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

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.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływana powyżej jako Ustawa.