



Powiadomienie o zdarzeniu szkodowym

Prosimy o wypełnienie formularza i dołączenie poniższych dokumentów:

1. Dokumentacja medyczna wraz z diagnozą i datą udzielenia pomocy.
2. Rachunki za poniesione koszty.
3. Potwierdzenie utraty, zniszczenia bagażu.
4. Umowę uczestnictwa/potwierdzenie rezerwacji biletu lub noclegów.
5. Potwierdzenie opłacenia umowy uczestnictwa w imprezie/biletu/noclegów.
6. Pisemne zaświadczenie z biura przewoźnika/obiektu noclegowego potwierdzające rezygnację i zawierające informację jaka kwota została zwrócona przez biuro/przewoźnika/obiekt noclegowy.
7. Rachunki i dowody ich zapłaty i dowody zapłaty za transport powrotny w przypadku nagłego powrotu.
8. Dokumentacja potwierdzająca konieczność odwołania podróży (dokumentacja lekarska, zaświadczenie wydane przez policję lub odpowiedni organ).

Informacje ogólne

Rezygnacja z podróży/odwołanie, opóźnienie lotu/wcześniejszy powrót

NNW

Bagaż podróży

Nagle zachorowanie

OC

Nieszczęśliwy wypadek

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej szkodę:	
Nr telefonu:	Adres e-mail:

Imię i nazwisko osoby ubezpieczonej:		Numer PESEL:	
Adres zamieszkania:		Kraj stałego zamieszkania:	
Nr telefonu:	Adres e-mail:		
Adres korespondencyjny:		Kod pocztowy:	
Czy wyraża Pan/Pani zgodę na otrzymywanie korespondencji pocztą elektroniczną?		Tak	Nie

Informacje o ubezpieczeniu

Seria i numer polisy:		
Wariant ubezpieczenia:		
Okres ubezpieczenia	od:	do:
Czy ubezpieczony posiada inne ubezpieczenie (w tym ubezpieczenie w ramach karty bankowej) obejmujące swym zakresem koszty leczenia/pomocy assistance/transportu medycznego?		
Nie		
Tak – jeśli tak to prosimy o podanie informacji o ubezpieczeniu		
Nazwa ubezpieczyciela / nazwa banku:		
Numer polisy:		
Okres ubezpieczenia:		
Wariant ubezpieczenia / nazwa karty:		

Informacje o podróży

Typ podróży	
Indywidualna	
Grupowa – proszę podać nazwę biura podróży	
Numer lotu / numer rezerwacji:	
Docelowy kraj podróży:	
Data i godzina wyjazdu:	
Data i godzina powrotu:	
Date and hour a return:	
Cel podróży:	
turystyka i rekreacja	praca umysłowa/nauka/delegacja służbowa
wyczynowe uprawianie sportu	sporty ekstremalne
leczenie/rehabilitacja/leczenie sanatoryjne	praca fizyczna

Informacje o zdarzeniu

Czy zdarzenie zostało zgłoszone do Centrum Alarmowego Assistance?		
Tak – proszę podać numer sprawy:		
Nie – proszę podać przyczynę:		
Data i godzina zdarzenia:		
Kraj i miejsce zdarzenia:		
Typ zdarzenia		
Nagłe zachorowanie: od kiedy i jakie objawy (data), informacja o diagnozie, zakres udzielonej pomocy		
Nieszczęśliwy wypadek: okoliczności i przyczyny zdarzenia, miejsce zdarzenia, zakres udzielonej pomocy		
Wypadek komunikacyjny: okoliczności i przyczyny zdarzenia, miejsce zdarzenia, zakres udzielonej pomocy		
Inne		
Opis zdarzenia i zakres udzielonej pomocy:		
Czy do powstania szkody doszło na skutek spożycia: alkoholu/środków odurzających/leków?	Tak	Nie
Czy zdarzenie zostało zgłoszone odpowiednim służbom (policja, straż, służby ratownicze)?	Tak	Nie

Informacje o powstałych kosztach

Koszty leczenia w wysokości		
Koszty transportu w wysokości		
Pozostałe koszty w wysokości		
Czy wymienione koszty zostały uregulowane?	Tak	Nie

Dyspozycja wypłaty

Numer rachunku:				
Bank odbiorcy:				
Imię i nazwisko odbiorcy:				
Adres odbiorcy:				
ulica	nr domu	nr mieszkania	kod pocztowy	miejsowość

Oświadczenia

UWAGA: JEŻELI ZDARZENIE MA ZWIĄZEK ZE STANEM ZDROWIA UBEZPIECZONEGO, A FORMULARZ ZGŁOSZENIA WYPEŁNIA INNA OSOBA, PROSIMY ABY PONIŻSZE OŚWIADCZENIE ZOSTAŁO PODPISANE PRZEZ OSOBE, KTÓREJ STAN ZDROWIA POZOSTAJE W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM I KTÓREJ DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA.

Upoważniam Ubezpieczyciela oraz działającą w jego imieniu spółkę zajmującą się likwidacją szkód tj. Inter Partner Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do:

- I. Podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje i dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z 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 obejmuje:
- przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok jeśli została przeprowadzona;
 - przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
 - wyniki przeprowadzonych konsultacji;
 - przyczynę mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższa zgody pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

TAK NIE

- II. Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie informacji o danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

TAK NIE

Upoważniam Ubezpieczyciela oraz działającą w jego imieniu spółkę zajmującą się likwidacją szkód tj. Inter Partner Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 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.

.....
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 Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Adres korespondencyjny

Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, ul. Giełdowa 1, Budynek LIXA B, 01-211 Warszawa
Adres e-mail: likwidacja@axa-assistance.pl, Fax: +48 22 529 84 86



Broszura informacyjna - przetwarzanie danych osobowych

Prawidłowe przetwarzanie Państwa danych osobowych jest dla naszej firmy sprawą wysokiej wagi. W związku z tym w niniejszym dokumencie przekazujemy Państwu szczegółowe informacje o tym, dlaczego i w jakim celu przetwarzamy Państwa dane osobowe, jakie prawa przysługują Państwu w związku z ich przetwarzaniem oraz wszelkie inne informacje w tym zakresie, które mogą być dla Państwa istotne.

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działająca w Polsce poprzez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Giełdowa 1; 01-211 Warszawa (dalej: „Ubezpieczyciel” lub „AXA”). Ubezpieczyciel jest częścią międzynarodowej Grupy AXA. Adres strony internetowej www.axa-assistance.pl. W ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel pełni funkcję administratora danych, tj. określa, w jaki sposób i w jakim celu Państwa dane są wykorzystywane.

2. Inspektor ochrony danych

Ubezpieczyciel korzysta z usług inspektora ochrony danych, który nadzoruje poprawne przetwarzanie danych osobowych. Wszelkie niezbędne wzory ewentualnych próśb i wniosków dotyczących ochrony danych osobowych znajdują się na stronie internetowej www.axaassistance.pl/iodo/.

Mogą się Państwo skontaktować z IODO w sposób odpowiadający Państwa preferencjom i możliwościom:

- drogą mailową iodo@axa-assistance.pl,
- przez formularz kontaktowy na stronie www.axa-assistance.pl,
- listownie, pisząc na adres:
ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa.

Mogą Państwo skontaktować się z inspektorem ochrony danych w przypadku wszelkich pytań dotyczących przetwarzania Państwa danych oraz w celu wykonania przysługujących Państwu niżej wymienionych praw.

3. Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane do następujących celów:

- zawarcie i realizacja umowy ubezpieczenia oraz przeprowadzenie oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną do przetwarzania danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia stanowią przepis prawa oraz cele w postaci zawarcia i realizacji umowy;
- zautomatyzowana ocena ryzyka ubezpieczeniowego w ramach profilowania przed zawarciem umowy – podstawą prawną do przetwarzania danych jest przepis prawa;
- bezpośredni marketing produktów i usług administratora, w tym przetwarzanie danych do celów analitycznych oraz do celów profilowania przed zawarciem umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest ich przetwarzanie w uzasadnionym interesie administratora; Uzasadniony interes administratora oznacza prowadzenie marketingu bezpośredniego jego usług;

- bezpośredni marketing produktów i usług administratora, w tym przetwarzanie danych do celów analitycznych oraz do celów profilowania po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest zgoda, którą mogą Państwo nam dostarczyć;
- wykonywanie zobowiązań administratora związanych z obowiązkami sprawozdawczymi – podstawą prawną przetwarzania są obowiązki prawne wynikające z przepisów prawa;
- cele księgowo, podatkowe i związane z naliczaniem opłat – podstawą prawną przetwarzania są obowiązki prawne wynikające z przepisów prawa;
- dochodzenie i obsługa roszczeń związanych z umową ubezpieczenia lub obroną przed roszczeniami – podstawą prawną przetwarzania jest realizacja prawnie uzasadnionego interesu administratora;
- jako środek zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych są obowiązki prawne wynikające z przepisów prawa;
- reasekuracja ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność jego przeprowadzenia w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; prawnie uzasadniony interes administratora dotyczy obniżenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową poprzez reasekurację.

4. Odbiorcy lub kategorie odbiorców danych osobowych

Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane następującym kategoriom odbiorców:

- 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, w tym innym ubezpieczycielom w związku z roszczeniami regresowymi i reasekuratorom,
- podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi podmiotom realizującym świadczącym wynikające z umowy ubezpieczenia, 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.

Możemy udostępniać Państwa dane osobowe innym podmiotom w ramach międzynarodowej Grupy AXA, które współpracują z nami przy świadczeniu określonych usług, takich jak: likwidacja szkód, nagrywanie rozmów i weryfikacja uprawnień podmiotów do prowadzenia określonej działalności. Wyżej wymienione grupy podmiotów działają w naszym imieniu, przy czym jesteśmy odpowiedzialni za sposób, w jaki wykorzystują one Państwa dane osobowe do ww. celów.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe innym podmiotom należącym/wchodzącym w skład międzynarodowej Grupy AXA do celów zarządzania kosztami roszczeń, udoskonalania produktów, personalizacji oferty produktowej oraz zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym i wykrywania ich.

5. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego

Państwa dane mogą zostać przekazane do państwa trzeciego w przypadku, gdy jest to niezbędne do realizacji konkretnego świadczenia na mocy zawartej przez Państwa umowy ubezpieczenia oraz kiedy jest to niezbędne do ochrony istotnych interesów Państwa lub ubezpieczonych, zwłaszcza w przypadku umowy ubezpieczenia, w ramach której działamy w celu ochrony zdrowia lub życia. Grupa AXA prowadzi działalność na całym świecie, co wiąże się z tym, że zagraniczne podmioty świadczą na jej rzecz określone usługi. Przy przekazywaniu danych poza Europejski Obszar Gospodarczy i Szwajcarię zapewniamy taki poziom ochrony, który w najbliższym stopniu odpowiada wymogom ochrony danych osobowych obowiązującym w Polsce.

6. Okres przechowywania danych osobowych

Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:

- przez czas obowiązywania umowy a następnie do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
- do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
- do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, lub
- przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia w celach statystycznych, w tym w celu ustalania na podstawie danych osobowych wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz dla celów rachunkowości Ubezpieczyciela.

Administrator zaprzestanie przetwarzania danych do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłoszą Państwo sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych w tych celach. Jeżeli wyrazili Państwo zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów marketingowych, to będą one przechowywane do momentu cofnięcia przez Państwa zgody na przetwarzanie danych osobowych.

7. Prawa osoby, której dane dotyczą

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 w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia 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). Rozporządzenie ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem lub do celów przetwarzania danych na innej podstawie (przepis prawa, uzasadniony interes administratora). Są Państwo uprawnieni do złożenia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Informacja, czy podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym czy umownym

Samo zawarcie umowy nie zobowiązuje Państwa do przekazania danych osobowych, ale dane te są niezbędne do zawarcia i realizacji umowy ubezpieczenia oraz do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego – odmowa przekazania danych osobowych uniemożliwia zatem zawarcie umowy ubezpieczenia.

9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Informacje podane przez Państwa we wniosku o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia zostaną poddane zautomatyzowanemu przetwarzaniu w systemach Grupy AXA w celu przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Jej wynik zadecyduje o tym, czy otrzymają Państwo propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia, odpowiedź odmowną czy propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach odmiennych od pierwotnie zaproponowanych. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).