



Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia szkolnego

Prosimy zaznaczyć odpowiednie pola.

- śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (w tym wypadku komunikacyjnego), udaru mózgu albo zawału serca
- uszkodzenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku
- pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- pobyt w szpitalu Ubezpieczonego niebędący następstwem nieszczęśliwego wypadku
- zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- zwrot kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- zdiagnozowanie poważnego zachorowania

1 Dane polisy

Numer polisy

2 Dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

Obywatelstwo – gdy brak numeru PESEL

Data urodzenia – gdy brak numeru PESEL

Numer telefonu

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

E-mail (prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

3 Oświadczenie przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego Ubezpieczonego (prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony jest małoletni)

Oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim/małoletnią sprawuje:

Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa

PESEL

Obywatelstwo – gdy brak numeru PESEL

Data urodzenia – gdy brak numeru PESEL

Numer telefonu

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

E-mail (prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

4 Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia w przypadku wypłaty z tytułu śmierci Ubezpieczonego / rodzica Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

Obywatelstwo – gdy brak numeru PESEL

Data urodzenia – gdy brak numeru PESEL

Numer telefonu

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

E-mail (prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

5 Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

Rodzaj zdarzenia (prosimy zaznaczyć odpowiednie pola)

Data zdarzenia

nieszczęśliwy wypadek wypadek komunikacyjny zawał serca udar mózgu inny

Okoliczności zdarzenia (miejsce, godzina, przebieg, przyczyna, świadkowie zdarzenia): _____

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu lub środków odurzających? Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

Czy był spisany protokół przez policję lub inne służby (np. straż pożarna, straż miejska) lub został sporządzony protokół przez Ubezpieczonego / rodzica Ubezpieczonego? *Jeżeli tak, to należy dołączyć kopię protokołu.* Tak Nie

Adres policji, prokuratury lub sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie dotyczące zgłaszanego zdarzenia:

6 Dane dotyczące leczenia Ubezpieczonego

leczenie uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
 leczenie poważnego zachorowania pobyt w szpitalu niebędący następstwem nieszczęśliwego wypadku

Data zdiagnozowania poważnego zachorowania

Rodzaj poważnego zachorowania

Data pobytu w szpitalu od do

Przebieg leczenia po nieszczęśliwym wypadku/wystąpieniu choroby (adresy placówek) **Data leczenia**

1) _____ od do

2) _____ od do

3) _____ od do

Czy leczenie zostało zakończone? Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Imię, nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego, lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni, w której zarejestrowany/-a jest Ubezpieczony/-a obecnie, a także był/-a poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku:

Rodzaj poniesionych kosztów podlegających zwrotowi **Wysokość poniesionych kosztów** **Data poniesienia kosztów**

1) _____ _____

2) _____ _____

3) _____ _____

4) _____ _____

7 Dane dotyczące śmierci Ubezpieczonego /rodzica Ubezpieczonego

Data śmierci

Przyczyna śmierci

choroba nieszczęśliwy wypadek inne

Okoliczności i miejsce śmierci: _____

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?
Jeżeli tak, prosimy dołączyć kopię protokołu.

Tak Nie

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?
Jeżeli tak, to należy dołączyć kopię protokołu.

Tak Nie

Adres policji, prokuratury lub sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie:

8 Oświadczenia Ubezpieczonego/rodzica/przedstawiciela ustawowego

Upoważniam AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo) do wystąpienia do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej dotyczących mojego stanu zdrowia niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, obejmujących informacje o:

- 1) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
 - 2) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
 - 3) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
 - 4) przyczynie mojej śmierci,
- z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej wymienionych powyżej informacji o stanie mojego zdrowia, o które Towarzystwo będzie zapypywało w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych o stanie zdrowia zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, w tym także danych ujawnionych Towarzystwu w okresie obowiązywania i wykonywania umowy ubezpieczenia, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym w celu realizacji świadczeń ubezpieczeniowych, oraz na udostępnienie przez Towarzystwo tych danych partnerom medycznym AXA do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych zostały mi udostępnione informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

W przypadku gdy wniosek dotyczy rodzica/przedstawiciela ustawowego małoletniego dziecka, wyrażenia „mi”, „mnie”, „moje” w odniesieniu do danych osobowych należy odnosić do danych osobowych dziecka.

Powyższe upoważnienie pozostaje w mocy także po mojej / mojego dziecka śmierci.

D D M M R R R R

Data

Podpis Ubezpieczonego /pełnoletniego dziecka, a w przypadku małoletniego dziecka – podpis jego rodzica/przedstawiciela ustawowego (w imieniu dziecka)

9 Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy

Posiadacz rachunku bankowego

Numer konta

Adres posiadacza rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres do przekazania pocztowego

10 Oświadczenia

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że informacje dotyczące niniejszego wniosku (w tym decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie, będą przesyłane za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu oraz na podany adres e-mail.
3. Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

D D M M R R R R
Data

Podpis Ubezpieczonego /przedstawiciela ustawowego
Ubezpieczonego /Uposażonego /Uprawnionego

11 Lista wymaganych dokumentów

Do wniosku załączono (prosimy zaznaczyć załączone dokumenty):

- kopia dokumentu tożsamości Uposażonego (dowód osobisty lub paszport w celach identyfikacyjnych w sytuacji złożenia wniosku za pomocą środków porozumiewania się na odległość) oraz akt zgonu Ubezpieczonego /rodzica Ubezpieczonego, w przypadku roszczenia z tytułu śmierci,
- kopia karty informacyjnej z izby przyjęć / SOR / ambulatorium / karty statystycznej zgonu,
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego i specjalistycznego,
- kopie rachunków i faktur wraz z zaleceniem wystawionym przez lekarza – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zwrotu kosztów,
- kopia notatki urzędowej policji z miejsca zdarzenia, jeśli policja była wezwana na miejsce zdarzenia.

AXA Ubezpieczenia zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów lub informacji niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności i wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim.

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 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 wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego 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).
Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie 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 w 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.



Ważne:

Treści oznaczone gwiazdką (*) 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) – powoływanej powyżej jako Ustawa.