

Upoważnienie dla placówek medycznych / Authorisation for medical facilities:

Ja, niżej podpisany/a I, the undersigned	<input type="text"/>	data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni date and signature of the insured person or legal guardian if the insured person is a minor
zamieszkały/a residing	<input type="text"/>	

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 AWP P&C, 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.

authorise all doctors, hospitals, other health care facilities, as well as insurance companies or persons who are in possession of my data and data concerning my health status to provide, at any time at the request of AWP P&C, full information about my medical history, connected with diseases, physical and mental health status, hospitalisations, advice provided or medical diagnostics and treatment. In this respect, I release doctors from the obligation of medical confidentiality.

Oświadczenie / Declaration:

Oświadczam, że podane przez mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy. I declare that the data I have provided in the form are true. I am aware of the penal liability for providing false data or withholding circumstances which are important for the case.	<input type="text"/>
Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu. I give consent for receiving correspondence concerning the claim in question through e-mail to the address provided in this form.	<input type="text"/>
Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody. Provision of the above-mentioned data is necessary for settlement of the claim filed.	
Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”. Pursuant to Article 6 of the Civil Code, "The obligation to prove the fact rests with the person who derives legal consequences from that fact".	
Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. On the basis of the Personal Data Protection Act (Journal of Laws 2018 item 1000), I hereby inform you that your personal data will be processed by AWP P&C S.A. Branch in Poland, with its registered office in Warsaw, at ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, for the purpose of and regarding performance of the insurance contract. You have the right to access your personal data and correct them.	

Koniec dokumentu / End of document:

Poszkodowany / Injured Party	Zgłaszający szkodę / Party filing the claim	Ubezpieczający / Policy holder
<input type="text"/> data i podpis / date and signature	<input type="text"/> data i podpis / date and signature	<input type="text"/> data i podpis / date and signature

POTRZEBNE DOCUMENTY / NECESSARY DOCUMENTS:

- dowody poniesionych kosztów i potwierdzenia ich opłaty**
proof of the incurred costs and payment thereof
- dokumenty** stwierdzające przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia
documents stating the reasons for and scope of the administered medical aid or relating to other costs covered by the scope of insurance policy

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których AWP P&C nie było poinformowane lub z jakichkolwiek względów nie posiadało o nich informacji, zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji zgłoszonych roszczeń.
Should important circumstances, facts or data be identified which AWP P&C was not informed about, or, for any reasons, was not aware of, it reserves the right to request additional documentation or information in order to verify the claims reported.

Oświadczenie / Declaration:

Oświadczam, iż nie będę się ubiegać o odszkodowanie z tytułu przedmiotowej szkody w innym zakładzie ubezpieczeń.
I declare that I will not pursue compensation on account of the loss in question from another insurance company.

<input type="text"/>

data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni
date and signature of the insured person or legal guardian if the insured person is a minor

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych dotyczących Pana/Pani/dziecka stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (w tym do likwidacji szkody)? (Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>).

Do you give consent for the processing of personal data concerning your/child's health status to the extent necessary to perform the insurance contract (including claim settlement)? (This consent is voluntary but necessary to conclude and perform an insurance contract. The up-to-date content of the Privacy Policy is always available at <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>).

TAK / YES

NIE / NO

Wniosek należy wystąpić na adres korespondencyjny:

Sekcja likwidacji szkód turystycznych
AWP P&C S.A. Oddział w Polsce

ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa

lub adres mailowy: pmu.szukody@mondial-assistance.pl

The form needs to be sent to the correspondence address:

Sekcja likwidacji szkód turystycznych
AWP P&C S.A. Oddział w Polsce

[Travel claim settlement section AWP P&C S.A. Branch in Poland]

ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa

or e-mail address: pmu.szukody@mondial-assistance.pl