

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"/>	
<p>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.</p> <p>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.</p>		

Oświadczenie / Declaration:

<p>Oświadczam, że podane przeze mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy.</p> <p>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.</p>	<input type="text"/>
<p>Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.</p> <p>I give consent for receiving correspondence concerning the claim in question through e-mail to the address provided in this form.</p>	<input type="text"/>
<p>Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.</p> <p>Provision of the above-mentioned data is necessary for settlement of the claim filed.</p>	
<p>Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”.</p> <p>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".</p>	
<p>Administratorem danych osobowych jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa. Aktualna informacja na temat przetwarzania danych osobowych przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia jest zawsze dostępna pod adresem http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx.</p> <p>AWP P&C S.A. Branch in Poland with its registered office in Warsaw, at ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warsaw is the Data Controller. The up-to-date information on personal data processing by AWP P&C S.A. Branch in Poland for the purpose of the proper performance of insurance agreement (among other things) is always available at http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx.</p>	

Koniec dokumentu / End of document:

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

POTRZEBNE DOCUMENTY / NECESSARY DOCUMENTS:

<ul style="list-style-type: none"> 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
<p>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.</p> <p>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.</p>

Oświadczenie / Declaration:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do: oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz likwidacji szkód ubezpieczeniowych. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia.

I consent to the processing of data concerning my health as required to: assessing the insurance risk, entering into and performing the insurance agreement and adjusting insurance losses. Giving consent is voluntary; however, it is indispensable to enter into and perform the insurance agreement.

TAK / YES NIE / NO

Wniosek należy wystąpić na adres korespondencyjny:

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

ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa

lub adres mailowy: pmu.szkiody@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. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa

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