



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia NNW*

- uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane NW
- pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem
- wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania
- zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych NW
- śmierć Ubezpieczonego spowodowana NW/zawałem serca lub udarem mózgu
- śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym
- śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana NW
- zwrot kosztów nabycia protez i środków pomocniczych Ubezpieczonego w wyniku NW
- operacja medyczna Ubezpieczonego

1 Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego (lub pieczętka)

2 Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Telefon kontaktowy

E-mail

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

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 sprawują aktualnie następujące osoby:

Nazwisko i imię opiekuna prawnego

Stopień pokrewieństwa

Telefon kontaktowy

PESEL opiekuna

E-mail

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

4 Dane Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego do odbioru świadczenia

Nazwisko

Imię, imiona

PESEL

Obywatelstwo polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

Seria i numer dokumentu tożsamości

dowód osobisty paszport karta pobytu

Data ważności dokumentu

Telefon

stacjonarny _____

komórkowy Godziny kontaktu _____ E-mail _____

5 Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego*

Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego/Współmałżonek**
D D M M R R R R R R pieszy rowerzysta pasażer pojazdu silnikowego kierujący pojazdem silnikowym
Data wypadku

Rodzaj wypadku: wypadek w pracy/w szkole wypadek komunikacyjny wypadek w domu inny

Okoliczności i miejsce wypadku: _____

Czy Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego był sprawcą wypadku?* Tak Nie

Czy Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu?* Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?*

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół sporządzony przez Ubezpieczonego?*
Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu. Tak Nie

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

6 Dane dotyczące leczenia*

leczenie obrażeń ciała po wypadku leczenie poważnego zachorowania leczenie operacyjne pobyt w szpitalu

Data operacji medycznej/rozpoznania poważnego zachorowania

D D M M R R R R R R

Rodzaj operacji medycznej/poważnego zachorowania

Data pobytu w szpitalu

od D D M M R R R R R R do D D M M R R R R R R

Przyczyna pobytu w szpitalu choroba wypadek

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku/wystąpieniu choroby

Data leczenia

1) od D D M M R R R R R R do D D M M R R R R R R

2) od D D M M R R R R R R do D D M M R R R R R R

3) od D D M M R R R R R R do D D M M R R R R R R

Czy leczenie zostało zakończone? Tak Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia D D M M R R R R R R

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia D D M M R R R R R R

Nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego/rodzica, lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni, w której zarejestrowany(a) jest Pan(i) obecnie, a także był(a) poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku:

7 Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego / rodzica Ubezpieczonego/współmałżonka*

Przyczyna zgonu
D D M M R R R R R R choroba wypadek inne
Data zgonu

Okoliczności i miejsce zgonu: _____

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?
Jeżeli tak, prosimy dołączyć jej wynik. Tak Nie

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?
Jeżeli tak, należy dołączyć protokół. Tak Nie

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

8 Oświadczenia Ubezpieczonego / rodzica / opiekuna prawnego

Upoważniam AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”) do wystąpienia do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji 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 zapytywało w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („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 Partnerowi Medycznemu 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/opiekuna prawnego niepełnoletniego dziecka, wyrażenia „mi”, „mnie”, „moje” w odniesieniu do danych osobowych należy odnosić do danych osobowych dziecka.

DDMMRRRR

Data

Podpis Ubezpieczonego/pełnoletniego dziecka, a w przypadku dziecka niepełnoletniego – podpis jego rodzica/opiekuna prawnego (w imieniu dziecka)

9 Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel konta

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer konta

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam, że otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego

10 Oświadczenia

1. Oświadczam, iż powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz że przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami. Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym. Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie lub przerobienie dokumentu lub posłużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest występkiem w rozumieniu kodeksu karnego.

2. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie, za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu oraz na podany adres e-mail.

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego

Podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia

Uszczerbek lub uszkodzenie ciała spowodowane NW / Zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji / Zwrot kosztów nabycia protez Ubezpieczonego w wyniku NW / Zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie polisy bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopie dokumentów: protokołu powypadkowego (sporządzonego np. przez Ubezpieczającego), protokołu policyjnego lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest kierowcą pojazdu
- dokumentacja medyczna z przychodni, szpitala potwierdzająca udzielenie pierwszej pomocy i przebieg leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia i rehabilitacji
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni, lub
- kserokopia dokumentu przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- rachunki bądź faktury (w przypadku nabycia środków pomocniczych / poniesionych kosztów leczenia i rehabilitacji)

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)

- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego Ubezpieczonego z placówki medycznej, w której Ubezpieczony był leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia

- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego, protokołu policyjnego, notatki służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczęśliwy wypadek)

Wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego
- kserokopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG)
- kserokopia wyniku badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Śmierć Ubezpieczonego spowodowana NW/zawałem serca lub udarem mózgu/wypadkiem komunikacyjnym

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)

- kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu
- kserokopia statystycznej karty zgonu inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość każdego z Uprawionych
- kserokopia odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku – w przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych
- kserokopie dokumentów: protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego
- kserokopia protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony był pasażerem pojazdu

Śmierć rodziców Ubezpieczonego spowodowana NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej (polis rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu urodzenia ubezpieczonego dziecka
- kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni

- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny

Operacje medyczne Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia skierowania na zabieg operacyjny
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji
- dodatkowo, w przypadku gdy karta leczenia szpitalnego nie określa w jednoznaczny sposób wykonania operacji objętych ochroną ubezpieczeniową, dokumenty w postaci: historii choroby z leczenia szpitalnego, podczas którego wykonano zabieg operacyjny, wyniki konsultacji specjalistycznych z zakresu przeprowadzanej operacji itp.
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku) lub adres organów policji albo prokuratury prowadzących postępowanie wyjaśniające – w przypadku ograniczenia ochrony do NW
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Ważne informacje

1. Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.
2. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim lub przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.
3. W przypadku gdy jest to niezbędne, AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. ma prawo wymagać od Ubezpieczonego/Uprawionego/Uposażonego dodatkowej dokumentacji, oprócz wskazanej we wniosku.

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Niepotrzebne skreślić.