



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Zgłoś zdarzenie przez www.axa.pl/zdarzenie



Decyzję otrzymasz **SMS-em lub e-mailem**



Status zgłoszenia **sprawdzisz online**

Kod dokumentu: 162_1215

Wniosek

o wypłatę świadczenia z tytułu*

- uszczerbku na zdrowiu w następstwie NW Ubezpieczonego współmałżonka/partnera
 uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie NW Ubezpieczonego współmałżonka/partnera dziecka
 pobytu w szpitalu w następstwie NW Ubezpieczonego współmałżonka/partnera dziecka

Dane polisy

Numer polisy

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Seria i numer dokumentu tożsamości

dowód osobisty
 paszport
 inny (podać jaki) _____

Telefon

E-mail

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od powyższego)

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Okres pobytu w szpitalu _____ od _____ do _____

D D M M R R R R

D D M M R R R R

Czy po leczeniu szpitalnym Ubezpieczony/współmałżonek/partner przebywał na zwolnieniu lekarskim?*

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię zwolnień lekarskich.

Tak Nie

Czy w związku z ww. pobytem w szpitalu Ubezpieczony/współmałżonek/partner przebywał na OIOM/OIT/OIOK/OINK?*

Tak Nie

Czy w związku z ww. pobytem w szpitalu Ubezpieczony/współmałżonek/partner przebywał w sanatorium?*

Tak Nie

Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku

D D M M R R R R

Data nieszczęśliwego wypadku

Okoliczności i przyczyna nieszczęśliwego wypadku: _____

Miejsce (adres) nieszczęśliwego wypadku

Czy Ubezpieczony/współmałżonek/partner/dziecko w chwili wypadku znajdował/znajdowało się pod wpływem alkoholu?*

Tak Nie

Kto udzielił Ubezpieczonemu/współmałżonkowi/partnerowi/dziecku pomocy po wypadku?

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*

Tak

Nie

Jeżeli tak, należy dołączyć właściwą dokumentację.

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego(ych) postępowanie:

Dane dotyczące leczenia

Czy leczenie zostało zakończone?*

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Tak

Nie

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Czy rehabilitacja została zakończona?*

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Tak

Nie

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Okres zwolnienia lekarskiego

od ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

od ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Oświadczenie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia, w tym także do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez lekarzy, placówki medyczne i podmioty wykonujące działalność leczniczą wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, o które Towarzystwo będzie zapytywało w związku z wykonywaniem ubezpieczenia.

Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych osobowych zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, w tym także danych o stanie zdrowia ujawnionych Towarzystwu w okresie obowiązywania i wykonywania umowy ubezpieczenia, w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową Towarzystwa, w tym w celu realizacji świadczeń ubezpieczeniowych, oraz na powierzenie przez Towarzystwo przetwarzania tych danych Partnerowi Medycznemu AXA, na podstawie art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych, i przekazywania tych danych innym podmiotom do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania tych danych.

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 Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego 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.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Data i podpis Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/pełnoletniego dziecka, a w przypadku dziecka niepełnoletniego – podpis jego rodzica/opiekuna prawnego (w imieniu dziecka)

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres

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 Życie TU 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.

Miejscowość

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Data

Podpis Ubezpieczonego

2. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Polska S.A. i AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibami w Warszawie, na podany przeze mnie powyżej numer telefonu w formie wiadomości SMS oraz elektronicznie na podany adres e-mail. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

Miejscowość _____

 D D M M R R R R
Data

Podpis Ubezpieczonego

3. Wnoszę o przesłanie mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany w niniejszym wniosku adres e-mail.

Tak Nie

Dokumenty, które należy dołączyć do wypełnionego wniosku w celu rozpatrzenia zasadności roszczenia

Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

- karta informacyjna z pobytu w szpitalu
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczęśliwy wypadek)
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)

Dodatkowo, jeżeli Ubezpieczony/współmałżonek/partner posiada zakres ochrony rozszerzony o:

- OIOM – karta leczenia z oddziału intensywnej opieki medycznej
- OIT – karta leczenia z oddziału intensywnej terapii
- OIOK – karta leczenia z oddziału intensywnej opieki kardiologicznej
- OINK – karta leczenia z oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego
- rekonwalescencję – kopia druków zwolnień lekarskich
- sanatorium – karta informacyjna z pobytu w sanatorium

Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera w następstwie NW, NW przy pracy

- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem

- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)

Uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka w następstwie NW

- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)

Ważne informacje

1. Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kopii.
2. Kopie dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia powinny mieć poświadczoną zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną (osobą uprawnioną jest: pracownik z grupy AXA, pracownik urzędu stanu cywilnego, notariusz lub osoba posiadająca stosowne umocowanie, np. osoba administrująca z ramienia Ubezpieczającego). **W przypadku podpisania oświadczenia dotyczącego poświadczenia zgodności dokumentacji z oryginałem, zawartego w treści wniosku, nie ma konieczności dodatkowego poświadczenia dokumentów przez osobę do tego uprawnioną.**
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W przypadku gdy jest to niezbędne, AXA Życie TU S.A. ma prawo wymagać od Ubezpieczonego/Uprawnionego/Uposażonego dodatkowej dokumentacji, oprócz wskazanej we wniosku.
5. Informujemy, że administratorem danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51. Udoświadczenie danych osobowych jest dobrowolne. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również prawo do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych.