

Miejsce (adres) wypadku:

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

Tak

Nie

Kto udzielił dziecku pomocy po wypadku?

Czy był spisany protokół policyjny?*

Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Tak

Nie

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

Dane dotyczące leczenia

Czy leczenie zostało zakończone?*

Tak

Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

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

Czy rehabilitacja została zakończona?*

Tak

Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

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

Okres zwolnienia lekarskiego

od _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| do _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Dane dotyczące operacji medycznej/poważnego zachorowania ***

Data operacji medycznej/rozpoznania poważnego zachorowania

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

Rodzaj operacji medycznej/poważnego zachorowania

Data początku leczenia choroby/urazu

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

Czy operacja/poważne zachorowanie związana(e) jest z chorobą/obrażeniami ciała rozpoznanymi i leczonymi przed zawarciem umowy ubezpieczenia?

Tak

Nie

Jeżeli tak, należy dołączyć historie choroby z przebiegu leczenia.

Adresy placówek medycznych, w których leczyl się dziecko w związku ze zgłoszonym roszczeniem oraz adres przychodni lekarza rodzinnego w której zarejestrowany(e) jest Ubezpieczony/współmałżonek/partner/dziecko.

Oświadczenie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, o które będzie zapytywało w związku z zawieraniem lub wykonywaniem ubezpieczenia na życie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie 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, a ponadto w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.). 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.

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

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Miejscowość

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

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Podpis Ubezpieczonego

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Prosimy wypełnić w przypadku, gdy zdarzenie było spowodowane wypadkiem.

*** Prosimy wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu operacji medycznej/poważnego zachorowania.

Beneficjent rzeczywisty

- osoba fizyczna będąca właścicielem osoby prawnej uprawnionej do otrzymania środków
- osoba fizyczna posiadająca więcej niż 25% udziałów/akcji/głosów w zgromadzeniu wspólników w osobie prawnej uprawnionej do otrzymania środków (np. udziałowiec posiadający więcej niż 25% udziałów w danej spółce)

Nazwisko, imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Oświadczenie

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, za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu oraz na podany adres e-mail. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego

Część B – wypełnia Ubezpieczający

Nie dotyczy

Nazwa zakładu pracy

Nie dotyczy

Adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nie dotyczy

Nazwisko i imię

Nie dotyczy

PESEL

był(a) objęty(a) grupowym ubezpieczeniem w AXA Życie Towarzystwie Ubezpieczeń S.A. w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Nie dotyczy

Data zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

Nie dotyczy

Data ustania zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

Nie dotyczy

Data opłacenia ostatniej składki

Nie dotyczy

Miejscowość

Nie dotyczy

Data

Nie dotyczy

Pieczętka zakładu pracy

Nie dotyczy

Podpis osoby obsługującej

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- karta informacyjna z pobytu w szpitalu
- dokumentacja potwierdzająca nieszczeniwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczeniwy wypadek)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

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 – kserokopia druków zwolnień lekarskich
- sanatorium – kserokopia karty informacyjnej z pobytu w sanatorium
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Operacje medyczne Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

- 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 nieszczeniwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku) lub adres organów policji albo prokuratury prowadzącej postępowanie wyjaśniające – w przypadku ograniczenia ochrony do NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG)
- wynik badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- zaświadczenia lekarskie dotyczące rodziców dziecka, u którego zdiagnozowano cukrzycę, potwierdzające czy są lub nie diabetykami
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

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

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- 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 nieszczeniwy 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
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

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

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- 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.)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera wskutek zawału serca lub udaru

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań itp.
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dodatkowa dokumentacja potwierdzająca:
 - zawał serca: zapisy EKG dokumentujące typowe zmiany i ewolucje zawału, wyniki badania krwi z poziomem markerów enzymatycznych w surowicy krwi
 - udar mózgu: badanie specjalisty neurologa, wyniki tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, obrazujące zakres powstałego deficytu (nie wcześniejsze jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności po przebytych zawałach lub udarach, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Niezdolność Ubezpieczonego do pracy

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

oraz kserokopie zwolnień lekarskich potwierdzających okres niezdolności do pracy, trwający przez 12 miesięcy

- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o całkowitej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.) w przypadku niezdolności do pracy w wyniku NW, NW przy pracy
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego wraz z kserokopią zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej hospitalizacją
- dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy, przebiegu leczenia oraz kserokopia zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Inwalidztwo Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- 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 (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości inwalidztwa lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

Ważna informacja:

1. Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.
2. Kserokopie dokumentów niezbędne do wypłaty świadczenia powinny mieć poświadczoną zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną (osobą uprawnioną jest: pracownik AXA, pracownik urzędu stanu cywilnego, notariusz lub osoba posiadająca stosowne umocowanie, np. osoba administrująca z ramienia Ubezpieczającego).
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.