



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Zgłoś zdarzenie przez
www.axa.pl/zdarzenie



Decyzję otrzymasz
SMS-em lub e-mailem



Status zgłoszenia
sprawdzisz online

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

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?*

Jeżeli tak, należy dołączyć właściwą dokumentację.

Tak ☐ Nie ☐

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

Dane dotyczące leczenia

Czy leczenie zostało zakończone?*

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Tak ☐ Nie ☐

DDMMRRRR

Czy rehabilitacja została zakończona?*

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Tak ☐ Nie ☐

DDMMRRRR

Okres zwolnienia lekarskiego

od DDMMRRRR od DDMMRRRR

Oświadczenie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji medycznych, w tym dokumentacji medycznej 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, a także dokumentacji medycznej, 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. 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

DDMMRRRR

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 Data Podpis Ubezpieczonego

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.