



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia NNW*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane NW / oparzenia, odmrożenia / pogryzienie przez psa | <input type="checkbox"/> śmierć współmałżonka Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem |
| <input type="checkbox"/> utrata zębów stałych u Ubezpieczonego spowodowana NW | <input type="checkbox"/> osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> wstrząśnienie mózgu u Ubezpieczonego spowodowane NW | <input type="checkbox"/> niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów nabycia protez i środków pomocniczych Ubezpieczonego w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych NW | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> zwrot kosztów leczenia stomatologicznego | <input type="checkbox"/> inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem |
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana NW/zawałem serca lub udarem mózgu | <input type="checkbox"/> całkowite i trwale inwalidztwo rodzica Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem |
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym | <input type="checkbox"/> operacja medyczna Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana NW | |

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/mалоletnią 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

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

4 Dane Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego do odbioru świadczenia

Nazwisko _____ Imię, imiona _____

DDMMRRRR _____ PESEL _____ Państwo urodzenia _____ Płeć kobieta mężczyzna

Data urodzenia _____

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

DDMMRRRR _____ dowód osobisty paszport karta pobytu _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Data ważności dokumentu _____

DDMMRRRR _____ stacjonarny _____
Telefon _____ komórkowy Godziny kontaktu _____ E-mail _____

5 Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.***

Uprawniony: Tak Nie

6 Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego*

DDMMRRRR _____ Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego/Współmałżonek**
Data wypadku pieszy rowerzysta pasażer pojazdu silnikowego kierujący pojazdem silnikowym

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?* Tak Nie
Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu.

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

7 Dane dotyczące leczenia*

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

Data operacji medycznej/rozpoznania poważnego zachorowania _____
DDMMRRRR

Rodzaj operacji medycznej/poważnego zachorowania _____

Data pobytu w szpitalu _____ od DDMMRRRR do DDMMRRRR

Przyczyna pobytu w szpitalu choroba wypadek

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku/wystąpieniu choroby _____ Data leczenia _____

1) _____ od DDMMRRRR do DDMMRRRR

2) _____ od DDMMRRRR do DDMMRRRR

3) _____ od DDMMRRRR do DDMMRRRR

Czy leczenie zostało zakończone? Tak Nie _____
Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia DDMMRRRR

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak Nie _____
Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia DDMMRRRR

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: _____

*** Zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków).

Uszczerbek lub uszkodzenie ciała spowodowane NW / Pogryzienie przez psa / Oparzenia, odmrożenia / Utrata zębów stałych / Wstrząśnienie mózgu / Zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji / niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku NW / zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego w wyniku NW / zwrot kosztów nabycia protez Ubezpieczonego w wyniku NW / zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku NW / inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie 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 wypadkowego (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
- kserokopia orzeczenia lekarza orzecznika ZUS (w przypadku zwrotu kosztów przekwalifikowania zawodowego)
- rachunki bądź faktury (w przypadku nabycia środków pomocniczych / poniesionych kosztów leczenia i rehabilitacji / kosztów przekwalifikowania zawodowego)

Pobył 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 nieszczyśliwy wypadek w postaci protokołu wypadkowego, protokołu policyjnego, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczyśliwy 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

Zwrot kosztów leczenia stomatologicznego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- oryginały rachunków bądź faktur za leczenie stomatologiczne
- kserokopia dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala potwierdzająca przebieg leczenia

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

Ważne informacje

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

- 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 (polisy 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
- dotatkowo, 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 nieszczyśliwy wypadek w postaci protokołu wypadkowego, protokołu policyjnego, 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

Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego w wyniku NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia skróconego odpisu aktu zgonu
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby, która pokryła koszty pogrzebu
- kserokopie dokumentów: protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego – w przypadku gdy Ubezpieczony był kierowcą pojazdu
- kserokopia protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony był pasażerem pojazdu

Osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia aktu zgonu
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość każdego z Uprawionych
- kserokopie dokumentów: protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego – w przypadku gdy Ubezpieczony był kierowcą pojazdu
- kserokopia protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony był pasażerem pojazdu

Całkowite i trwałe inwalidztwo rodzica Ubezpieczonego spowodowane NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę ubezpieczeniową poszkodowanego
- kserokopia dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala potwierdzająca całkowite trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia, będące przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których rodzic Ubezpieczonego był zarejestrowany i leczony
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku ubezpieczeniowym oraz oświadczam, iż dokonałem(am) weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

Imię i nazwisko

Numer wewnętrzny/RAU

Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego