



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Ochrona życia i zdrowia”

Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- śmierci
- śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy
- Inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

Dane Wnioskopolisy

_____ D D M M R R R R
 Numer wnioskopólisy Data podpisania

Dane Ubezpieczonego

_____ Nazwisko
 Imię _____
 _____ D D M M R R R R _____
 PESEL Data urodzenia Seria i numer dokumentu tożsamości
 Obywatelstwo _____
 polskie inne (jakie) _____ _____
Telefon

E-mail _____

Adres zamieszkania

_____ _____ _____
 Kod pocztowy Miejscowość Ulica Numer domu/lokalu

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

_____ _____ _____
 Kod pocztowy Miejscowość Ulica Numer domu/lokalu

Dane dotyczące zgonu/wypadku

D D M M R R R R _____
 Data zgonu/wypadku Okoliczności i miejsce zgonu/wypadku (wyczerpująco): _____

- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?* Tak Nie
- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?* Tak Nie
- Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?* Tak Nie
- Czy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy zgonu)?* Tak Nie
- Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?* Tak Nie
- Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: _____

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie Zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie:

Nazwa i adres placówki medycznej/szpitala, w którym leczył się Ubezpieczony w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczył się Ubezpieczony:

Data wydania pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego o Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji:

DDMMRRRR

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeśli inny niż Ubezpieczony

Nazwisko

Imię

+48 _____
Telefon komórkowy

+48 _____
Telefon stacjonarny

E-mail

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy Miejscowość Ulica _____/_____
Numer domu/lokalu

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

Kod pocztowy Miejscowość Ulica _____/_____
Numer domu/lokalu

Przekaz pocztowy

Adres:

Kod pocztowy Miejscowość Ulica _____/_____
Numer domu/lokalu

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą.

DDMMRRRR
Data Miejscowość Podpis zgłaszającego roszczenie

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio notariusza, pracownika USC, Agenta lub pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

ŚMIERĆ

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.), jeśli miało miejsce
- jeżeli zdarzenie jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku – kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie)
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed przystąpieniem do ubezpieczenia i okres od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia, a w przypadku braku jej posiadania, adresy tych placówek
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawionych

ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.), jeśli miało miejsce
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego – w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze – lub kopię postanowienia o umorzeniu postępowania)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

INWALIDZTWO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital), jeśli miało miejsce
- kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania)
- kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

Oświadczenia

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie (jeżeli nie jest jednocześnie Ubezpieczonym)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), do celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych oraz oświadczam, że

jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia mojego roszczenia, oraz że mam prawo dostępu do treści moich danych osobowych i prawo ich poprawiania oraz wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych.

Data

Miejscowość

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Oświadczenia Ubezpieczonego

Ja niżej podpisany(a) zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), do celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia, w tym danych o stanie zdrowia. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych.

Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych i prawo ich poprawiania.

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

Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 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 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 niezbędnych do ustalenia prawa Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliłi mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.*

Tak Nie

 D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Prosimy przesłać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: Roszczenia Bancassurance

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole