



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 wnioskopolisy 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 zamieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

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

* 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 (w zakresie jego kompetencji), 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 Uprawnionych

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na*:

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

Oświadczenia Ubezpieczonego

Ja, niżej podpisany(a), zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Ochrona życia i zdrowia”

i wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Życie TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu.**

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwiskach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym

Oświadczenie Uprawnionego

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne*** Tak Nie
(w razie wątpliwości lub odpowiedzi twierdzącej na pytanie, wymagane jest dołączenie do wniosku Formularza AML i rezydencji podatkowej)

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

D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Uprawnionego/Uposażonego
(jeżeli inny niż Ubezpieczony)

D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Zgłaszającego roszczenie (jeżeli
inny niż Ubezpieczony lub Uprawniony/Uposażony)

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

** Nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci.

*** Klient składa oświadczenie zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Za takie osoby uznaje się w szczególności: (1) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (2) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (3) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków).

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
2. Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
 - wykonania umowy ubezpieczenia, w tym np. rozpatrzenia roszczenia z umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a w zakresie, w jakim do wykonania umowy ubezpieczenia niezbędne jest przetwarzanie Państwa danych osobowych o stanie zdrowia (tzw. szczególne kategorie danych osobowych lub dane wrażliwe) – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta zgoda została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
 - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
 - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
 - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę AXA.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem rozpatrzenia roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność oceny zasadności roszczenia.
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
 - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
 - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
 - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.
5. AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
 - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
 - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
6. Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).

Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie axa.pl.
7. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub Ustawy mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
9. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: inspektor@axa.pl.

Ważne:

Treści oznaczone (*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r. bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.