



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia NNW*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub zawałem serca, lub udarem mózgu | <input type="checkbox"/> pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem |
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym | <input type="checkbox"/> pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby |
| <input type="checkbox"/> śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem | <input type="checkbox"/> wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania |
| <input checked="" type="checkbox"/> uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego |
| | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem |

1 Adres do korespondencji

AXA TUIR S.A.
UL. CHŁODNA 51
00-867 WARSZAWA z dopiskiem: SZKODY NNW - Bezpieczny.pl

2 Dane polisy*

Forma grupowa 92102561 Forma indywidualna

Numer polisy Numer wniosku/polisy

Nazwa Ubezpieczającego Imię i nazwisko Ubezpieczającego

3 Dane Ubezpieczonego

Nazwisko DANE UCZNIĄ - RÓWNIEŻ PEŁNOLETNIEGO 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

4 Oświadczenie przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego Ubezpieczonego (prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony jest małoletni)**

Oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim/małoletnią sprawują aktualnie następujące osoby:

Nazwisko i imię opiekuna prawnego DANE RODZICA UCZNIĄ NIEPEŁNOLETNIEGO Stopień pokrewieństwa

PESEL Telefon kontaktowy E-mail NIE WYPEŁNIAMY W PRZYPADKU GDY WNIOSK SKŁADA UCZEŃ PEŁNOLETNI

Adres zamieszkania

Ulica Numer domu/lokalu Miejscowość Kod pocztowy

5 Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego**

Nazwisko Imię

PESEL Telefon kontaktowy Stopień pokrewieństwa

Ulica Numer domu/lokalu Miejscowość Kod pocztowy

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
** Niepotrzebne skreślić.

WAŻNE!

6 Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku*

DATA WYPADKU

Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego**

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:

NA PRZYKŁAD: UBEZPIECZONY BIEGNĄC
UPADŁ W WYNIKU CZEGO NASTĄPIŁO ZŁAMANIE REKI.
ZAŁOŻONO GIPS NA OKRES 3 TYGODNI.

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/rodzicowi Ubezpieczonego pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?***

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół sporządzony przez Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego?***
Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu.

Tak Nie

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

7 Dane dotyczące pobytu w szpitalu*

Okres pobytu w szpitalu

Przyczyna pobytu w szpitalu

od _____ do _____

choroba
 nieszczęśliwy wypadek

Czy pobyt w szpitalu związany jest z chorobą/obrażeniami ciała rozpoznanymi i leczonymi przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia?***
Jeżeli tak, należy dołączyć historię choroby z przebiegu leczenia.

Tak Nie

8 Dane dotyczące leczenia*

leczenie obrażeń ciała po wypadku leczenie poważnego zachorowania

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku/wystąpieniu choroby**

Data leczenia

DATA PRZYJĘCIA

DATA WYPISY

1) NAZWA NZOZ LUB PRZYCHODNI

od _____ do _____

2) - SZPITALA

od _____ do _____

3)

od _____ do _____

Czy leczenie zostało zakończone?

Tak Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Czy rehabilitacja została zakończona?

Tak Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

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:

9 Dane dotyczące śmierci Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego**

Przyczyna śmierci*

choroba wypadek inne

Okoliczności i miejsce śmierci:

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?
Jeżeli tak, prosimy dołączyć jej wynik.

Tak Nie

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?
Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Tak Nie

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

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Niepotrzebne skreślić.

10 Oświadczenia Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego/opiekuna prawnego dziecka**

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, do celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych.
- Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich/mojego dziecka danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich/mojego dziecka danych oraz ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie moich/mojego dziecka danych osobowych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmienię się cel przetwarzania tych danych.
- W zakresie określonym w art. 22 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz.U. z 2010 r. nr 11, poz. 66 z późn. zm.) upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia u podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi/mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych, informacji medycznych dotyczących mojego/mojego dziecka stanu zdrowia – i wyrażam zgodę na udzielanie tych informacji Towarzystwu. W tym samym zakresie upoważniam Towarzystwo do zwracania się do innych zakładów ubezpieczeń o udostępnienie przetwarzanych przez te zakłady ubez-

pieczeń moich/mojego dziecka danych osobowych i o udzielenie innych niezbędnych informacji, w tym informacji medycznych – i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo uzyskanych w ten sposób moich/mojego dziecka danych osobowych oraz na udzielanie tych informacji Towarzystwu. Upoważnienia zawarte w dwóch zdaniach poprzedzających pozostają w mocy także po mojej śmierci.

- Oświadczam, iż przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam. Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych AXA TUIR 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 świetle kodeksu karnego.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie, za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu lub na podany adres e-mail. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

DATA BIEŻĄCA _____ PODPIS CZYTELNY RODZICA / PEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ _____
Data _____ Podpis Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego/opiekuna prawnego Ubezpieczonego _____

11 Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

NP PRZELEW

Właściciel konta _____

Numer konta _____

DANE WŁAŚCICIELA KONTA _____

NR KONTA _____

Przekaz pocztowy

NP PRZECHÓZ

Adres _____

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość _____

GLIWICE

Data _____

DATA BIEŻĄCA _____

PODPIS CZYTELNY RODZICA / PEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ _____

Podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego _____

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia

Uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane NW, zwrot Ubezpieczonemu kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego, zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych 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)
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny
- kserokopia dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala potwierdzającej 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

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany NW lub w celu leczenia choroby

- 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)
- protokół powypadkowy (protokół powypadkowy ze szkoły, protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej) – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczęśliwy wypadek
- 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, lub
- kserokopia dokumentu przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania

- 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)

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 TUIR S.A. ma prawo wymagać od Ubezpieczonego/Uprawnionego/Uposażonego dodatkowej dokumentacji, oprócz wskazanej we wniosku.

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Niepotrzebne skreślić.