



więcej / niż standard

Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia NNW

- o śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
- o trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem
- o pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem
- o wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania
- o śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
- o całkowite i trwałe inwalidztwo rodzica Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem

1. Dane polisy

Polisa nr

Nazwa Ubezpieczającego

2. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko i imię

PESEL

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

E-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

3. Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego Ubezpieczonego (prosimy o wypełnienie w przypadku, gdy Ubezpieczony jest małoletni)

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

Nazwisko i imię

Stopień pokrewieństwa

Adres zamieszkania

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nr telefonu do kontaktu

Seria i numer dowodu osobistego

Czytelny podpis

4. Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia (w przypadku zgonu Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię

PESEL

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

Telefon

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

5. Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

Data wypadku

Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego

D D M M R R R R

pieszy rowerzysta pasażer pojazdu silnikowego kierujący pojazdem silnikowym

Rodzaj wypadku

wypadek w pracy/ w szkole wypadek komunikacyjny wypadek w domu inny

Okoliczności 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?
Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu

Tak

Nie

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

6. Dane dotyczące leczenia

leczenie obrażeń ciała po wypadku

leczenie poważnego zachorowania

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku/ wystąpieniu choroby

Data leczenia

1) od do

2) od do

3) od do

Czy leczenie zostało zakończone?

Tak

Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

D D M M R R R R

Czy rehabilitacja została zakończona?

Tak

Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

D D M M R R R R

Nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego, 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.

7. Oświadczenia Ubezpiezonego/rodzica Ubezpiezonego/ opiekuna prawnego dziecka

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia/zdrowia mojego dziecka (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgało porady medycznej moje dziecko, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi/mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych.

Data _____ Podpis Ubezpiezonego/rodzica Ubezpiezonego/opiekuna prawnego _____

D D M M R R R R

8. Dane dotyczące zgonu Ubezpiezonego/rodzica Ubezpiezonego

Data zgonu _____ Przyczyna zgonu _____

D D M M R R R R

choroba wypadek inne

Okoliczności wypadku _____

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?

Tak Nie Jeżeli tak, proszę dołączyć jej wynik _____

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?

Tak Nie Jeżeli tak, należy dołączyć protokół _____

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

9. Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy

Właściciel konta _____

Numer konta _____

Przekaz pocztowy

Adres _____

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Miejscowość _____

Data _____

Podpis Ubezpiezonego/ Uprawnionego _____

D D M M R R R R

10. Oświadczenie Ubezpieczającego

Nazwa i adres placówki oświatowej _____

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko i imię _____

PESEL _____

był objęty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci i młodzieży placówek oświatowo – wychowawczych w AXA Tu S.A.

Miejscowość _____

Data _____

Pieczętka placówki oświatowo-wychowawczej _____

Podpis osoby składającej oświadczenie _____

D D M M R R R R

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia

Uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo, pobyt w szpitalu, niezdolność do pracy w następstwie NNV

- ◆ wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- ◆ kserokopia aktu urodzenia dziecka lub dokument potwierdzający powiązanie dziecka z opiekunem prawnym
- ◆ protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- ◆ 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 dziecko było zarejestrowane i leczone
- ◆ zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia i rehabilitacji
- ◆ kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego (w przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą małoletnią) potwierdzona za zgodność z oryginałem.
- ◆ inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego

- ◆ wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- ◆ kserokopia aktu urodzenia dziecka lub dokument potwierdzający powiązanie dziecka z opiekunem prawnym
- ◆ protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- ◆ 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 dziecko było zarejestrowane i leczone
- ◆ dodatkowa dokumentacja potwierdzająca:
 - zawał serca: zapisy EKG dokumentujące typowe zmiany i ewolucje zawału, wyniki badań krwi z poziomem markerów enzymatycznych w surowicy krwi
 - udar mózgu: badanie specjalisty neurologa, wyniki tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego obrazujące zakres powstałego deficytu (nie wcześniejsze jednak jak po upływie 9 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów)
- ◆ kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego (w przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą małoletnią) potwierdzona za zgodność z oryginałem.
- ◆ inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

- ◆ wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- ◆ kserokopia aktu urodzenia dziecka lub dokument potwierdzający powiązanie dziecka z opiekunem prawnym
- ◆ protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- ◆ karta informacyjna leczenia szpitalnego dziecka z placówki medycznej, w której dziecko było leczone w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- ◆ 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 dziecko było zarejestrowane i leczone
- ◆ zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia i rehabilitacji
- ◆ kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego (w przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą małoletnią) potwierdzona za zgodność z oryginałem
- ◆ inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego

- ◆ wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- ◆ kserokopia aktu urodzenia dziecka lub dokument potwierdzający powiązanie dziecka z opiekunem prawnym

- ◆ 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 dziecko było zarejestrowane i leczone
- ◆ kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego (w przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą małoletnią) potwierdzona za zgodność z oryginałem.
- ◆ inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- ◆ wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- ◆ kserokopia aktu urodzenia dziecka lub dokument potwierdzający powiązanie dziecka z opiekunem prawnym
- ◆ oryginał aktu zgonu lub potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia
- ◆ kopia statystycznej karty zgonu potwierdzona za zgodność z oryginałem lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- ◆ kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość każdego z Uprawnionych potwierdzona za zgodność z oryginałem
- ◆ odpis postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku – w przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych
- ◆ protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- ◆ Inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Śmierć rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- ◆ wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- ◆ kserokopia aktu urodzenia dziecka lub dokument potwierdzający powiązanie dziecka z opiekunem prawnym
- ◆ potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu urodzenia ubezpieczonego dziecka
- ◆ oryginał aktu zgonu rodzica lub potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia
- ◆ kopia statystycznej karty zgonu potwierdzona za zgodność z oryginałem lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- ◆ protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- ◆ kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego (w przypadku gdy Ubezpieczony jest małoletni) potwierdzona za zgodność z oryginałem
- ◆ odpis postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku – w przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych
- ◆ inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Całkowite i trwale inwalidztwo rodzica dziecka spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem

- ◆ wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- ◆ kserokopia aktu urodzenia dziecka lub dokument potwierdzający powiązanie dziecka z opiekunem prawnym
- ◆ potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu urodzenia ubezpieczonego dziecka
- ◆ 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 rodzic był zarejestrowany i leczony
- ◆ protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- ◆ kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego (w przypadku gdy Ubezpieczony jest małoletni) potwierdzona za zgodność z oryginałem
- ◆ inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału bądź kserokopii.

Kserokopie dokumentów niezbędne do wypłaty świadczenia powinny mieć poświadczoną zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną (osobą uprawnioną jest: pracownik AXA, pracownik urzędu stanu cywilnego, notariusz lub osoba posiadająca stosowne umocowanie, np. osoba administrująca z ramienia Ubezpieczającego).