WZÓR

AXA więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia NNW*

- ☐ śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub zawałem serca, lub udarem mózgu
- ☐ śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym
- ☐ śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
- ☒ uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem
- ☐ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem
- ☐ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby
- ☐ wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania
- ☐ zwrot kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego
- ☐ zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem

1 Adres do korespondencji

AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.
UL. CHŁODNA 51
00-867 WARSZAWA z dopiskiem: **SZKODY NNW – Bezpieczny.pl**

2 Dane polisy*

☒ Forma grupowa — Numer polisy: 92102527

☐ Forma indywidualna — Numer wniosku/polisy:

Nazwa Ubezpieczającego: SZKOŁA PODSTAWOWA NR 5

Imię i nazwisko Ubezpieczającego:

3 Dane Ubezpieczonego

Nazwisko: KOWALSKI (DZIECKO)

Imię: ADAM

PESEL: 11122233344

Telefon kontaktowy: —

E-mail: —

Ulica: NOWA

Numer domu/lokalu: 1/

Miejscowość: CHORZÓW

Kod pocztowy: 41-500

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: KOWALSKA ANNA

Stopień pokrewieństwa: MATKA

PESEL: 77665544332

Telefon kontaktowy: 666555444

E-mail: KOWALSKA@WP.PL

Adres zamieszkania

Ulica: NOWA

Numer domu/lokalu: 1/

Miejscowość: CHORZÓW

Kod pocztowy: 41-500

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.

WZÓR

6 Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku*

01 10 2017
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: SYN PODCZAS ZABAWY NA PODWÓRKU, POTKNĄŁ SIĘ I UPADŁ. DOZNAŁ URAZU RĘKI (ZŁAMANIE). RĘKA ZOSTAŁA UNIERUCHOMIONA GIPSEM

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?**
MATKA

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

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

7 Dane dotyczące pobytu w szpitalu*

Okres pobytu w szpitalu (WYPISAĆ JEŻELI MIAŁ MIEJSCE)
od __ __ __ __ do __ __ __ __

Przyczyna pobytu w szpitalu
☐ choroba
☒ nieszczęśliwy wypadek

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

8 Dane dotyczące leczenia*

☒ leczenie obrażeń ciała po wypadku ☐ leczenie poważnego zachorowania

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku/wystąpieniu choroby**	Data leczenia
1) SOR CHORZÓW UL.	od 01 10 2017 do 01 10 2017
2) SZPITAL REJONOWY PORADNIA CHIRURGII DZIECIĘCEJ CHORZÓW	od 12 10 2017 do 15 11 2017
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:
(LEKARZ RODZINNY)

9 Dane dotyczące śmierci Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego**

__ __ __ __
Data śmierci

Przyczyna śmierci*
☐ choroba ☐ wypadek ☐ inne

Okoliczności i miejsce śmierci:

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok? ☐ Tak ☐ Nie
Jeżeli tak, prosimy 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:

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
** Niepotrzebne skreślić.

WZÓR

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

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia 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.
2. 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 zmieni się cel przetwarzania tych danych.
3. 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 zasięgania 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 ubezpieczeń 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.
4. 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 Ubezpieczenia 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.
5. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Ubezpieczenia 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.

16 11 2017 — Data

ANNA Kowalska — Podpis Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego/opiekuna prawnego Ubezpieczonego

11 Forma wypłaty świadczenia*

☒ Przelew bankowy

ANNA Kowalska
Właściciel konta

01 2222 3333 4444 5555 6666 7777
Numer konta

☐ Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

CHORZÓW — Miejscowość

16 11 2017 — Data

ANNA KOWALSKA — 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)
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kserokopii: historii choroby 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, lub
- kserokopia dokumentu przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub zawałem serca, lub udarem mózgu lub śmierć Ubezpieczonego spowodowana 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 lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość każdego z Uprawnionych
- kserokopia odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku – w przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny

Śmierć rodzica 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
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni, lub
- kserokopia dokumentu przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Ważne informacje:

1. Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.
2. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim lub przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.
3. W przypadku gdy jest to niezbędne, AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. ma prawo wymagać od Ubezpieczonego/Uprawnionego/Uposażonego przesłania dodatkowej dokumentacji, np. kopii skróconego aktu urodzenia, potwierdzenia zatrudnienia w placówce oświatowo-wychowawczej, potwierdzenia podjęcia studiów.

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
** Niepotrzebne skreślić.

173_1_0417