



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z tytułu*

- ☐ uszczerbku na zdrowiu współmałżonka/partnera w wyniku NW
- ☐ uszczerbku na zdrowiu współmałżonka/partnera w wyniku zawału/udaru
- ☐ inwalidztwa współmałżonka/partnera wariant A lub B

Część A – wypełnia Ubezpieczony

Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpiezonego

Nazwisko, imię

PESEL

Ulica i numer domu

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

E-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Beneficjent rzeczywisty

- ☐ osoba fizyczna będąca właścicielem osoby prawnej uprawnionej do otrzymania środków
- ☐ osoba fizyczna posiadająca więcej niż 25% udziałów/akcji/głosów w zgromadzeniu wspólników w osobie prawnej uprawnionej do otrzymania środków
(np. udziałowiec posiadający więcej niż 25% udziałów w danej spółce)

Nazwisko, imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Dane współmałżonka/partnera Ubezpiezonego

Nazwisko, imię

PESEL

Dane dotyczące wypadku**

Data wypadku

Okoliczności i przyczyny wypadku

Miejsce wypadku

Czy współmałżonek/partner był sprawcą wypadku?*

Tak ☐

Nie ☐

Czy współmałżonek/partner w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?*

Tak ☐

Nie ☐

Kto i gdzie udzielił współmałżonkowi/partnerowi pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*

Tak ☐

Nie ☐

Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Adres policji, prokuratury, sądu

Czy leczenie zostało zakończone?*

Tak ☐

Nie ☐

Jeżeli nie, data zakończenia

Czy rehabilitacja została zakończona?*

Tak ☐

Nie ☐

Jeżeli nie, data zakończenia

Okres zwolnienia lekarskiego

od do

Dane dotyczące choroby (zawał/udar)***

Data wystąpienia zawału/udaru

Miejsce leczenia po wystąpieniu zawału/udaru (adres placówki(ek) medycznej(ych):

Data leczenia

1. od do

2. od do

3. od do

Forma wypłaty świadczenia*

☐ Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

☐ Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego

Część B – wypełnia lekarz**Informacja o leczeniu (wypełnia lekarz prowadzący) – dotyczy nieszczęśliwego wypadku**

Data i godzina przyjęcia współmałżonka/partnera do leczenia (badania) bezpośrednio po wypadku

Opis obrażeń ciała powstałych wskutek wypadku

Nazwa i adres placówki medycznej oraz imię i nazwisko lekarza, który udzielił pomocy po wypadku

Przebieg leczenia

Przewidywany okres leczenia

Przewidywany termin badania końcowego

Miejscowość

Data

Pieczęć i podpis lekarza

Część C – wypełnia Ubezpieczający

Nazwa zakładu pracy

Adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko

Imię

PESEL

był(a) objęty(a) grupowym ubezpieczeniem w AXA Życie Towarzystwie Ubezpieczeń S.A. w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Data zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

Data ustania zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

Data opłacenia ostatniej składki

Miejscowość

Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

Inwalidztwo/uszczerbek współmałżonka/partnera Ubezpieczonego:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa/uszczerbku współmałżonka/partnera
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dokumentacja potwierdzająca nieszcześliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości inwalidztwa/uszczerbku lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa Ubezpieczonego (wystawiony po dacie zdarzenia)

Uszczerbek współmałżonka/partnera w wyniku zawału/udar:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału lub udaru
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań itp.
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dodatkowa dokumentacja potwierdzająca:
 - zawał serca: zapisy EKG dokumentujące typowe zmiany i ewolucję zawału, wyniki badania 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 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności po przebytych zawałach lub udarach
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa Ubezpieczonego (wystawiony po dacie zdarzenia)

Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub 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).