



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia*

- ☐ z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej
- ☐ z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej w wyniku NW
- ☐ z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej w wyniku NW przy pracy
- ☐ z tytułu czasowej niezdolności do pracy zarobkowej – zasiłek dzienny

Część A – wypełnia Ubezpieczony

Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpiezonego/współmałżonka/partnera

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 dotyczące niezdolności do pracy

Data powstania niezdolności do pracy

Przyczyna niezdolności do pracy*

Czy orzeczono całkowitą niezdolność do pracy?*

☐ choroba ☐ wypadek

Okres zwolnienia lekarskiego

☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, należy dołączyć orzeczenie lekarskie.

od _____ do _____

Dane dotyczące wypadku**

Okoliczności i przyczyny wypadku

Miejsce (adres) wypadku

Czy Ubezpieczony był sprawcą wypadku?*

Tak ☐Nie ☐

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?*

Tak ☐Nie ☐

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

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

Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Tak ☐Nie ☐

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające okoliczności wypadku

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

D D M M R R R R
Data

Podpis Ubezpieczonego

Część B – wypełnia lekarz (jeżeli niezdolność do pracy powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku)**Informacja o leczeniu (wypełnia lekarz prowadzący/lekarz orzekający niezdolność)**

Data i godzina przyjęcia Ubezpieczonego 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

DDMMRRRR

Przewidywany termin badania końcowego

Miejscowość

DDMMRRRR

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.

DDMMRRRR

Data zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

DDMMRRRR

Data ustania zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

DDMMRRRR

Data opłacenia ostatniej składki

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem oraz kserokopie zwolnień lekarskich potwierdzających okres niezdolności do pracy trwający przez 12 miesięcy
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o całkowitej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.) w przypadku niezdolności do pracy w wyniku NW, NW przy pracy
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

Czasowa niezdolność do pracy:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy
- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego wraz z kserokopią zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej hospitalizacją
- dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy, przebiegu leczenia oraz kserokopia zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

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).

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Wypełnić w przypadku, gdy niezdolność do pracy spowodowana była wypadkiem.

