



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie NW*

☐ dziecka Ubezpieczonego

☐ współmałżonka/partnera Ubezpieczonego

Część A – wypełnia Ubezpieczony

Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

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 dziecka/współmałżonka/partnera

Nazwisko, imię

PESEL

Dane dotyczące pobytu dziecka/współmałżonka/partnera w szpitalu

Data pobytu w szpitalu od

do

D D M M R R R R

D D M M R R R R

Czy po leczeniu szpitalnym współmałżonek/partner przebywał na zwolnieniu lekarskim?*

Tak ☐

Nie ☐

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię zwolnień lekarskich.

Dane dotyczące wypadku

DDMMRRRR

Data wypadku

Miejsce wypadku (adres)

Okoliczności i przyczyna wypadku

Czy dziecko/współmałżonek/partner w chwili wypadku
był pod wpływem alkoholu?*

Tak ☐

Nie ☐

Kto udzielił dziecku/współmałżonkowi/partnerowi pomocy 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 prowadzących postępowanie wyjaśniające

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

DDMMRRRR

Data

Podpis Ubezpiezonego

Część B – 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

* Prosimy o zaznaczenie X w odpowiednim polu.

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Pobyt współmałżonka/partnera Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- protokół powypadkowy sporządzony np. przez komisję BHP w zakładzie pracy lub protokół policyjny, protokół z sekcji zwłok (jeżeli była przeprowadzona), postanowienie prokuratury lub sądu prowadzącej postępowanie wyjaśniające
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa Ubezpieczonego (wystawiony po dacie zdarzenia)

Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- protokół powypadkowy sporządzony np. przez komisję BHP w zakładzie pracy lub protokół policyjny, protokół z sekcji zwłok (jeżeli była przeprowadzona), postanowienie prokuratury lub sądu prowadzącej postępowanie wyjaśniające
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka 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).

