



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia*

- ☐ z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie NW
- ☐ z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie NW przy pracy
- ☐ z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału lub udaru
- ☐ z tytułu inwalidztwa w następstwie NW Typ A lub Typ 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 dotyczące wypadku**

Data wypadku

Ubezpieczony w chwili wypadku*

D D M M R R R R

☐ pieszy

☐ rowerzysta

☐ pasażer pojazdu silnikowego

☐ kierujący pojazdem silnikowym

Rodzaj wypadku*

☐ wypadek w pracy

☐ wypadek komunikacyjny

☐ w domu

☐ inne

Okoliczności i przyczyny wypadku

Miejsce wypadku

Czy Ubezpieczony był sprawcą wypadku?*

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

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

Dane dotyczące choroby (zawał/udar)

Data wystąpienia zawału/udaru	Nazwa rozpoznanej choroby
-------------------------------	---------------------------

Miejsce leczenia po wystąpieniu zawału/udaru (adres placówki/ek medycznych);	Data leczenia
--	---------------

1) od DDMMRRRR do DDMMRRRR

2) od DDMMRRRR do DDMMRRRR

3) od DDMMRRRR do DDMMRRRR

Dane dotyczące leczenia

Czy leczenie zostało zakończone?*

Czy rehabilitacja została zakończona?*

Okres zwolnienia lekarskiego 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 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

 D D M M R R R R

Przewidywany termin badania końcowego

Miejscowość

 D D M M R R R R

Data

Podpis lekarza

Część C – wypełnia Ubezpieczający

Nazwa i adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko i imię

PESEL

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

 D D M M R R R R

Data zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

 D D M M R R R R

Data ustania zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

 D D M M R R R R

Data opłacenia ostatniej składki

Miejscowość

 D D M M R R R R

Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW Ubezpieczonego, NW przy pracy:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie NW
- 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 nieszczęśliwy 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 uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

Uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału lub udaru:

- 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 ewolucje 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 niż 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, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

Inwalidztwo w następstwie NW Ubezpieczonego:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa w następstwie NW
- 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 nieszczęśliwy 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 lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- 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 uszczerbku w wyniku NW, NW przy pracy lub inwalidztwa w NW.
*** Wypełnić w przypadku uszczerbku w wyniku zawału lub udaru.

