



więcej / niż standard

Wniosek zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW dla członków AZS

- śmierć Ubezpieczonego w wyniku NNW
- trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NNW
- pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w NNW
- zwrotu kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych w NNW
- zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji w NNW

Suma Ubezpieczenia (pole obowiązkowe)*

- SU 6.500 PLN
- SU 50.000 PLN

Wypełnia Ubezpieczony

1. Dane polisy*

Polisa nr

Seria i numer legitymacji członkowskiej Ubezpieczonego
(pole obowiązkowe)*

2. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko i imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

adres e-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

3. Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia (w przypadku zgonu Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Stopień pokrewieństwa

4. Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

Data wypadku

Miejsce wypadku

Rodzaj wypadku

- wypadek w pracy
- wypadek komunikacyjny
- wypadek w domu
- inny

Okoliczności wypadku

AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 022 555 00 00, fax 022 555 05 00, www.axa.pl

Prezes Zarządu – Maciej Szwarc, Członkowie Zarządu – Janusz Arczewski, Piotr Sztuba, Mariusz Wójcik

Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 38616; NIP 521-10-36-865; Kapitał zakładowy: 83 341 500 zł – wpłacony w całości

Czy Ubezpieczony był sprawcą wypadku?* Tak Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu?* Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?*

Czy Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z wypadkiem?
Jeżeli tak, należy dołączyć kopię karty leczenia szpitalnego potwierdzoną za zgodność z oryginałem Tak Nie

Czy był spisany protokół policyjny?
Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu potwierdzoną za zgodność z oryginałem Tak Nie

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie

5. Dane dotyczące leczenia

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku

Data leczenia

1) od do

2) od do

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, 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.

6. Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego

Data zgonu

Okoliczności i miejsce zgonu

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?

Tak Nie Jeżeli tak, proszę 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.

7. Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel konta

Numer konta

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Miejscowość

Data

Podpis

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

8. Oświadczenie Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym informacji o rejestracji roszczenia oraz konieczności uzupełnienia dokumentacji, informacji o statusie roszczenia, decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia) za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail. Decyzja o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia zostanie przekazana na piśmie jedynie na wniosek Ubezpieczonego.

Data

Podpis

W zakresie określonym w art. 22 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t. jedn. Dz.U. z 2010 r. nr 11, poz. 66 z późn. zm.) upoważniam Towarzystwo do zasięgania u podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji medycznych dotyczących mojego 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 danych osobowych i o udzielenie innych niezbędnych informacji, w tym informacji medycznych – i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo uzyskanych w ten sposób moich danych osobowych oraz na udzielanie tych informacji Towarzystwu. Upoważnienia zawarte w dwóch zdaniach poprzedzających pozostają w mocy także po mojej śmierci - w umowie zresztą jest zapis, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia takiego oświadczenia (par. 8 ust. 6);

Data

Podpis

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 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.

Data

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA 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, dla celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(na) o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych.

Data

Podpis