



więcej / niż standard

ubezpieczenia

## Wniosek

o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia NNW\*

- |                                                                                                                         |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub zawałem serca, lub udarem mózgu | <input type="checkbox"/> pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem                         |
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym                                     | <input type="checkbox"/> pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby                                      |
| <input type="checkbox"/> śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem                             | <input type="checkbox"/> wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania                                          |
| <input type="checkbox"/> uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem           | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego           |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem |

### 1 Adres do korespondencji

AXA TUIR S.A.  
UL. CHŁODNA 51  
00-867 WARSZAWA z dopiskiem: SZKODY NNW – Bezpieczny.pl

### 2 Dane polisy\*

- |                                        |              |       |                                             |                      |       |
|----------------------------------------|--------------|-------|---------------------------------------------|----------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Forma grupowa | _____        | _____ | <input type="checkbox"/> Forma indywidualna | _____                | _____ |
|                                        | Numer polisy |       |                                             | Numer wniosku/polisy |       |

\_\_\_\_\_  
Nazwa Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko Ubezpieczającego

### 3 Dane Ubezpieczonego

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Numer domu/lokalu

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

**Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)**

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Numer domu/lokalu

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

### 4 Oświadczenie przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego Ubezpieczonego (prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony jest małoletni)\*\*

Oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim/małoletnią sprawują aktualnie następujące osoby:

\_\_\_\_\_  
Nazwisko i imię opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_  
E-mail

**Adres zamieszkania**

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Numer domu/lokalu

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

### 5 Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego\*\*

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Numer domu/lokalu

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.  
\*\* Niepotrzebne skreślić.

## 6 Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku\*

Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego\*\*  
 pieszy  rowerzysta  pasażer pojazdu silnikowego  kierujący pojazdem silnikowym

Data wypadku

Rodzaj wypadku  
 wypadek w pracy/w szkole  wypadek komunikacyjny  wypadek w domu  inny

Okoliczności i miejsce wypadku: \_\_\_\_\_

Czy Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego był sprawcą wypadku? \*\*  Tak  Nie

Czy Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu? \*\*  Tak  Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu/rodzicowi Ubezpieczonego pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku? \*\*

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół sporządzony przez Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego? \*\*  Tak  Nie  
*Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu.*

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie:

## 7 Dane dotyczące pobytu w szpitalu\*

Okres pobytu w szpitalu  
od  do

Przyczyna pobytu w szpitalu  
 choroba  
 nieszczęśliwy wypadek

Czy pobyt w szpitalu związany jest z chorobą/obrażeniami ciała rozpoznanymi i leczonymi przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia? \*\*  Tak  Nie  
*Jeżeli tak, należy dołączyć historię choroby z przebiegu leczenia.*

## 8 Dane dotyczące leczenia\*

leczenie obrażeń ciała po wypadku  leczenie poważnego zachorowania

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku/wystąpieniu choroby \*\*

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/rodzica, 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:

## 9 Dane dotyczące śmierci Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego\*\*

Przyczyna śmierci\*  
 choroba  wypadek  inne

Data śmierci

Okoliczności i miejsce śmierci: \_\_\_\_\_

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?  Tak  Nie  
*Jeżeli tak, prosimy 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:

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

\*\* Niepotrzebne skreślić.

## 10 Oświadczenia Ubezpiezonego /rodzica Ubezpiezonego /opiekuna prawnego dziecka\*\*

- 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, do celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych.
- Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich/mojego dziecka danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich/mojego dziecka danych oraz ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie moich/mojego dziecka danych osobowych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmienię się cel przetwarzania tych danych.
- W zakresie określonym w art. 22 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz.U. z 2010 r. nr 11, poz. 66 z późn. zm.) upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia u podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi/mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych, informacji medycznych dotyczących mojego/mojego dziecka 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/mojego dziecka danych osobowych i o udzielenie innych niezbędnych informacji, w tym informacji medycznych – i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo uzyskanych w ten sposób moich/mojego dziecka danych osobowych oraz na udzielanie tych informacji Towarzystwu. Upoważnienia zawarte w dwóch zdaniach poprzedzających pozostają w mocy także po mojej śmierci.
- 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.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie, za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu lub na podany adres e-mail. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

DDMMRRRR

Data

Podpis Ubezpiezonego /rodzica Ubezpiezonego /opiekuna prawnego Ubezpiezonego

## 11 Forma wypłaty świadczenia\*

Przelew bankowy

Właściciel konta

Numer konta

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

DDMMRRRR

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpiezonego /opiekuna prawnego /przedstawiciela ustawowego Ubezpiezonego

## Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia

### Uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpiezonego spowodowane NW, zwrot Ubezpieczonemu kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpiezonego, zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpiezonego spowodowanych NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennnej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny
- kserokopia dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy i przebieg leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia i rehabilitacji
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni, lub
- kserokopia dokumentu przedstawiciela ustawowego Ubezpiezonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

### Pobyt Ubezpiezonego w szpitalu spowodowany NW lub w celu leczenia choroby

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennnej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- protokół powypadkowy (protokół powypadkowy ze szkoły, protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej) – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczęśliwy wypadek)
- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego Ubezpiezonego z placówki medycznej, w której Ubezpieczony był leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni, lub
- kserokopia dokumentu przedstawiciela ustawowego Ubezpiezonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

### Wystąpienie u Ubezpiezonego poważnego zachorowania

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennnej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)

### Ważne informacje:

- Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.
- Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim lub przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.
- W przypadku gdy jest to niezbędne, AXA TUIR S.A. ma prawo wymagać od Ubezpiezonego/Uprawnionego/Uposażonego dodatkowej dokumentacji, oprócz wskazanej we wniosku.

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

\*\* Niepotrzebne skreślić.