



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia*

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> z tytułu pobytu w szpitalu | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka |
| <input type="checkbox"/> z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku NW | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera |
| <input type="checkbox"/> z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku NW przy pracy | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | |
| <input type="checkbox"/> z tytułu operacji medycznej | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka |

Część A – wypełnia Ubezpieczony

Dane polisy

Polisa nr

Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

Nazwisko

Imię

PESEL

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica i numer domu

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

E-mail

Dane dotyczące pobytu w szpitalu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

Data pobytu w szpitalu

od

do

Przyczyna pobytu w szpitalu*

choroba

wypadek

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

Tak

Nie

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię zwolnień lekarskich.

Dane dotyczące wypadku**

Data wypadku

Okoliczności i przyczyna wypadku

Miejsce (adres) wypadku

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

Tak

Nie

Kto udzielił Ubezpieczonemu/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 prowadzącego(ych) postępowanie

Dane dotyczące operacji medycznej ***

Data wykonania operacji medycznej

Rodzaj operacji medycznej

Czy operacja związana jest z chorobą rozpoznaną i leczoną przed zawarciem umowy ubezpieczenia?*

Tak

Nie

Jeżeli tak, należy dołączyć historię choroby z przebiegu leczenia.

Nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera, lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni, w której zarejestrowany jest Ubezpieczony/współmałżonek/partner obecnie, a także był poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku.

Oświadczenie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego

zdrowia, o które będzie zapytywało w związku z zawieraniem lub wykonywaniem ubezpieczenia na życie.

Data i podpis Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel konta

Numer konta

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego

Część B – wypełnia Ubezpieczający

Nazwa zakładu pracy

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.

Data zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

Data ustania zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

Data opłacenia ostatniej składki

Miejscowość

Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Prosimy wypełnić w przypadku, gdy pobyt w szpitalu spowodowany był wypadkiem.

*** Prosimy wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu operacji medycznej.

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczęśliwy wypadek)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia odpisu skróconego aktu małżeństwa w przypadku pobytu współmałżonka w szpitalu

Dodatkowo, jeśli Ubezpieczony posiada zakres ochrony rozszerzony o:

- OIOM – karta leczenia z oddziału intensywnej opieki medycznej
- rekonwalescencja – kserokopia druków zwolnień lekarskich
- sanatorium – kserokopia karty informacyjnej z pobytu w sanatorium

Pobyt współmałżonka/partnera Ubezpieczonego w szpitalu

- 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 prowadzących postępowanie wyjaśniające w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa Ubezpieczonego (wystawiony po dacie zdarzenia)

Operacje medyczne

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu operacji medycznej
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji
- dodatkowo, w przypadku gdy karta leczenia szpitalnego nie określa w jednoznaczny sposób wykonania operacji objętych ochroną ubezpieczeniową, dokumenty w postaci: historii choroby z leczenia szpitalnego, podczas którego wykonano zabieg operacyjny, wyniki konsultacji specjalistycznych z zakresu przeprowadzanej operacji itp.
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku) lub adres organów policji albo prokuratury prowadzącej postępowanie wyjaśniające – w przypadku ograniczenia ochrony do NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego (strona z PESEL-em i adresem)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka
- kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa

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).