



- ☐ śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
- ☐ inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem
- ☐ trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem
- ☐ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem
- ☐ wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania
- ☐ śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
- ☐ całkowite i trwałe inwalidztwo rodzica Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem

Polisa nr

Nazwa Ubezpieczającego (lub pieczętka)

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. Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego Ubezpieczonego (prosimy o wypełnienie w przypadku, gdy Ubezpieczony jest małoletni)

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

Nazwisko i imię opiekuna prawnego

PESEL

Stopień pokrewieństwa

Adres zamieszkania

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nr telefonu do kontaktu

Seria i numer dowodu osobistego

Czytelny podpis

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

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

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

Nazwisko i imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Stopień pokrewieństwa

5. Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego*

Data wypadku

Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego**

D D M M R R R R

☐ pieszy ☐ rowerzysta ☐ pasażer pojazdu silnikowego ☐ kierujący pojazdem silnikowym

Rodzaj wypadku

☐ wypadek w pracy/ w szkole ☐ wypadek komunikacyjny ☐ wypadek w domu ☐ inny

Okoliczności wypadku

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 pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?*

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół sporządzony przez Ubezpieczonego?*

Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu

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

6. Dane dotyczące leczenia*

☐ leczenie obrażeń ciała po wypadku

☐ leczenie poważnego zachorowania

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku/ wystąpieniu choroby

Data leczenia

1)

od

D D M M R R R R

 do

D D M M R R R R

2)

od

D D M M R R R R

 do

D D M M R R R R

3)

od

D D M M R R R R

 do

D D M M R R R R

Czy leczenie zostało zakończone?

Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

D D M M R R R R

Czy rehabilitacja została zakończona?

Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

D D M M R R R R

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.

7. Oświadczenia Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego/ 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 oraz innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, dla celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(na) o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych.

Miejscowość

Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania tych danych.

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

D D M M R R R R

Data

Podpis

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/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 - w umowie zresztą jest zapis, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia takiego oświadczenia (par. 8 ust. 6);

Miejscowość

D D M M R R R R

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.

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Podpis

8. Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego

Data zgonu

Przyczyna zgonu*

D D M M R R R R

☐ choroba ☐ wypadek ☐ inne

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.

9. Forma wypłaty świadczenia*

☐ Przelew bankowy

Właściciel konta

Numer konta

☐ Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Podpis

10. Oświadczenie Ubezpieczającego

Nazwa i adres placówki oświatowej

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko i imię

PESEL

był objęty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci i młodzieży placówek oświatowo – wychowawczych w AXA TUIR S.A.

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Piączętka placówki oświatowo- wychowawczej

Podpis osoby składającej oświadczenie

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia

Uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo Ubezpiezonego w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- protokół wypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- dokumentacja medyczna z przychodni, szpitala potwierdzająca udzielenie pierwszej pomocy i przebieg leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których dziecko było zarejestrowane i leczone
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia i rehabilitacji
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpiezonego (w przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą małoletnią).
- inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Pobyt Ubezpiezonego w szpitalu w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- protokół wypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- karta informacyjna leczenia szpitalnego dziecka z placówki medycznej, w której dziecko było leczone w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpiezonego (w przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą małoletnią).
- inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpiezonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna z przychodni, szpitala potwierdzająca udzielenie pierwszej pomocy i przebieg leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których dziecko było zarejestrowane i leczone
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpiezonego (w przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą małoletnią) potwierdzona za zgodność z oryginałem.
- inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Śmierć Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oryginał aktu zgonu lub kserokopia
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość każdego z Uprawionych
- odpis postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku – w przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych
- protokół wypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- Inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Śmierć rodziców Ubezpiezonego w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu urodzenia ubezpieczonego dziecka
- oryginał aktu zgonu rodzica lub kserokopia
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- protokół wypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpiezonego (w przypadku gdy Ubezpieczony jest małoletni) .
- odpis postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku – w przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych
- inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Całkowite i trwałe inwalidztwo rodzica dziecka w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu urodzenia ubezpieczonego dziecka
- dokumentacja medyczna z przychodni, szpitala potwierdzająca udzielenie pierwszej pomocy i przebieg leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których rodzic był zarejestrowany i leczony
- protokół wypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego lub protokół policyjny)
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpiezonego lub opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego Ubezpiezonego (w przypadku gdy Ubezpieczony jest małoletni).
- inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia wskazane przez Towarzystwo

Wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału bądź kserokopii.