



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

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 Szwarz, Członkowie Zarządu – Janusz Arczewski, James Goad

Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 38616; NIP 521-10-36-865; Kapitał zakładowy: 73 811 500 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 i podpis Ubezpieczonego