



dawny
MultiBank

więcej / niż standard



NR POLISY GENERALNEJ 9000056

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

„MOJA OCHRONA” dla Posiadaczy Rachunków Oszczędnościowo-Rozliczeniowych MultiKonto

nr PESEL Głównego Ubezpieczonego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

imię i nazwisko Głównego Ubezpieczonego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr tel. Kontaktowego osoby zgłaszającej zdarzenie:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres zamieszkania Głównego Ubezpieczonego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

imię i nazwisko Poszkodowanego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr PESEL Poszkodowanego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres zamieszkania Poszkodowanego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

wersja ubezpieczenia

INDYWIDUALNA/RODZINNA*

wariant ubezpieczenia:

I*	II*	III*
----	-----	------

Stopień pokrewieństwa osoby której dotyczy roszczenie z głównym ubezpieczonym (dot. wersji rodzinnej)

współmałżonek

☐

konkubent

☐

dziecko

☐

imię i nazwisko Posiadacza rachunku, z którego pobierana jest opłata tytułem ubezpieczenia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer rachunku, z którego pobierana jest opłata tytułem ubezpieczenia:

		-					-					-					-		
--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--

imię i nazwisko Posiadacza rachunku, na który należy przekazać świadczenie:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer rachunku Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej, na który należy przekazać świadczenie:

		-					-					-					-		
--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--

**	ROSZCZENIE DOTYCZĄCE ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU/ ŚMIERCI W WYPADKU W ŚRODKU LOKOMOCJI
----	--

data zgonu (dd/mm/rr)

data zajścia zdarzenia (dd/mm/rr)

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Dane osoby zgłaszającej/Uposażonej:

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:

Załączniki* :

- ☐ Odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- ☐ Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego (bez wizerunku)
- ☐ Zaświadczenie określające przyczynę śmierci wystawione przez lekarza lub odpowiednie władze
- ☐ W przypadku śmierci spowodowanej wypadkiem w środku lokomocji - notatka Policji z miejsca zdarzenia
- ☐ Inne dokumenty:.....

**	ROSZCZENIE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU / POBYTU NA OIOM W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
----	--

Data pobytu w szpitalu (dd/mm/rr)

od

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

do

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

Załączniki* :

- ☐ Kopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne/ pobyt na OIOM
- ☐ Historia pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub NW
- ☐ W przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem w środku lokomocji - notatka Policji z miejsca zdarzenia
- ☐ Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (bez wizerunku)
- ☐ Inne dokumenty:.....

1) Czy do zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku/zgonu w wyniku wypadku w środku lokomocji / pobytu w szpitalu ** doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, niezaleconych przez lekarza?

☐ TAK ☐ NIE

2) Czy do zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku/ pobytu w szpitalu ** doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych? ☐ TAK ☐ NIE

W przypadku zaznaczenia TAK, prosimy o podanie dyscypliny sportowej:.....

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej: „Towarzystwo”) z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, moich danych o stanie mojego zdrowia, wskazanych w niniejszym wniosku oraz innych dokumentach w celach związanych z wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych. Oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia mojego roszczenia, oraz że mam prawo wglądu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania oraz wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych. **(Dotyczy Ubezpieczonego).**

☐ TAK ☐ NIE

2. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji o stanie zdrowia, obejmuje następujące informacje o:

- 1) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
- 2) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach,
- 3) wynikach przeprowadzonych konsultacji,
- 4) przyczynie mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych Towarzystwu. Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci. **(Dotyczy Ubezpieczonego).**

☐ TAK ☐ NIE

3. Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Upoważniam Towarzystwo do zasięgania informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa,
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci. **(Dotyczy Ubezpieczonego).**

☐ TAK ☐ NIE

4. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. jest administratorem moich danych osobowych. Oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne oraz że mam prawo wglądu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania. **(Dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe).**

☐ TAK ☐ NIE

5. Oświadczam, że pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym, którego dotyczy roszczenie. **(Dotyczy Posiadacza rachunku)**

☐ TAK ☐ NIE

6. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą. **(Dotyczy Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe).**

☐ TAK ☐ NIE

7. Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail. **(Dotyczy Ubezpieczonego i osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe).**

☐ TAK ☐ NIE

8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na (zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku):

☐ otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,

☐ otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

podpis Ubezpieczonego

podpis Posiadacza rachunku

miejsowość i data

Uwaga! W przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe zgłasza osoba inna niż Ubezpieczony lub Posiadacz rachunku Centrum Pomocy AXA Ubezpieczenia wyśle do Ubezpieczonego lub Posiadacza rachunku treść powyższych oświadczeń.

**Informacje dotyczące rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia
dostępne są pod nr tel. Centrum Pomocy AXA Ubezpieczenia
tj. 22 459 10 00**

**Wniosek oraz załączniki należy wysłać na adres
AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.
Ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa**

*właściwe zaznaczyć

**niewłaściwe skreślić