



# Wniosek

## o wypłatę świadczenia

Dotyczy Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta

### Zgłoszenie dotyczy:

- Ubezpieczonego  
 Dziecka

### Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek  
 pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku  
 złamania kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku  
 poważnego zachorowania Dziecka  
 odpowiedzialności cywilnej Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie (drukowanymi literami).

### Dane Ubezpieczonego/Dziecka

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_  
Numer Wnioskopolicy \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

#### Dane dotyczące wypadku

D D M M R R R R R R  Okoliczności i miejsce wypadku (wyczerpująco): \_\_\_\_\_  
Data wypadku \_\_\_\_\_

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?\*  Tak  Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?\*  Tak  Nie

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?\*  Tak  Nie

Czy w związku z wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?\*  Tak  Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: \_\_\_\_\_

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie, wraz z podaniem sygnatury: \_\_\_\_\_

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

## Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu: od         do

Przyczyna pobytu w szpitalu\*:  Inna niż wypadek  Wypadek (wymagane wypełnienie pól poniżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

Nazwa i adres szpitala, w którym leczył się Ubezpieczony/Dziecko w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Czy leczenie zostało zakończone?\*  Tak  Nie

## Dane dotyczące poważnego zachorowania Dziecka

Nazwa i adres placówki medycznej / szpitala, w którym leczycyło się Dziecko w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczycyło się Dziecko:

## Dane dotyczące roszczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka

Przyczyny i okoliczności zajścia zdarzenia (wyczerpująco; prosimy o komentarz dotyczący zasadności wystąpienia z wnioskiem o odszkodowanie):

Wysokość roszczenia osoby poszkodowanej (jeśli jest znana):

*Prosimy o załączenie pisemnego roszczenia poszkodowanego.*

## Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeżeli inny niż Ubezpieczony (np. prawny opiekun Dziecka)

Imię

Nazwisko

Państwo urodzenia

+48

Telefon komórkowy

+48

Telefon stacjonarny

E-mail

*W przypadku zgłoszenia zdarzenia dotyczącego Dziecka prosimy podać stopień pokrewieństwa osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia*

Stopień pokrewieństwa

## Adres korespondencyjny

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

## Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy\*

Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko)

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy\*

Adres:

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.

Data

Miejscowość

Podpis zgłaszającego roszczenie

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, Agenta, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku dokumenty.

### **POBYT W SZPITALU Z INNEGO POWODU NIŻ NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

### **POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem
- opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół powypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatka urzędowa z policji, protokół oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacja o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub postanowienie o umorzeniu postępowania)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub Dziecka
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

### **POWAŻNE ZACHOROWANIE**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego)

- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia
- protokół policyjny lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania poważnego zachorowania Dziecka policja lub prokuratura prowadziły postępowanie

### **ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego)
- dokumentację potwierdzającą wystąpienie szkody, niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Ubezpieczony ją posiada
- faktury, rachunki, do zapłaty których zobowiązany był Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko
- oświadczenie sprawcy lub opiekuna prawnego dziecka

### **ZŁAMANIA KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub Dziecka
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

## Oświadczenia Ubezpieczonego / pełnoletniego Dziecka / Opiekuna prawnego Dziecka

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Ja niżej podpisany/-a zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną/moim dzieckiem, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa, (Towarzystwo) moich/mojego dziecka danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu do celów związanych z obsługą zgłaszanego roszczenia.  
Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Tak  Nie

3. Ja, niżej podpisany/-a, zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta i wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi/mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych, o informację lub dokumentację medyczną 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 lub dokumentacji medycznej o stanie zdrowia obejmuje: (1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; (2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania; (3) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (4) przyczyny mojej śmierci.

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

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 zasięgnięcia informacji w:

– Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa;

– innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a/ lub moje dziecko jest lub było ubezpieczone lub w którym został złożony 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 niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego/ pełnoletniego Dziecka / Opiekuna prawnego Dziecka

Prosimy o przesłanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku: Roszczenia Bancassurance

## Do wypełnienia w przypadku złożenia wniosku o wypłatę roszczenia u Doradcy Klienta lub w oddziale Provident Polska S.A.

Oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości osoby składającej dokumenty na podstawie jej dokumentu tożsamości.

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Podpis osoby przyjmującej dokumentację