



Administrator:

AXA
Ul. Prosta 68
00-838 Warszawa

Telefon: +48 22 306 24 28
Faks: +48 22 526 28 01
Email: clp.pl@partners.axa

Całkowita niezdolność do pracy

Krok 1: Podstawowe informacje dotyczące zgłoszenia szkody oraz umowy ubezpieczenia

- Podczas zawierania umowy ubezpieczenia zostały Panu / Pani dostarczone Warunki Ubezpieczenia. Dokument ten określa warunki, które powinny zostać spełnione, aby świadczenie zostało wypłacone. Prosimy zapoznać się z zapisami zawartymi w ww. dokumencie.

Ważne informacje:

- Prosimy zgłosić szkodę tylko w przypadku, jeśli otrzymał/a Pan / Pani orzeczenie KRUS stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym lub orzeczenie ZUS o całkowitej niezdolności do pracy
- Prosimy zgłosić szkodę tylko w przypadku, jeśli ww. orzeczenie nie jest związane z chorobą istniejącą opisaną w Warunkach Ubezpieczenia

Krok 2: Wypełnienie formularza zgłoszenia szkody

Jak wypełnić formularz zgłoszenia szkody

- Prosimy upewnić się, czy wszystkie części formularza zostały wypełnione – aby decyzja została podjęta niezwłocznie niezbędne jest podanie wszystkich informacji, o które prosimy w formularzu
- Prosimy upewnić się, czy zostały dołączone wszystkie dokumenty zgodnie z listą znajdująca się poniżej
- Prosimy upewnić się, czy formularz został podpisany czytelnie (z datą podpisania)
- Prosimy upewnić się, czy w formularzu został podany aktualny adres do korespondencji.

Krok 3: Kompletowanie dokumentów

Prosimy o wypełnienie 3 i 4 strony formularza lub przesłanie dokumentów wymienionych poniżej, aby decyzja mogła zostać podjęta niezwłocznie;

- Lekarz prowadzący wypełnia strony 3 i 4 formularza w części „Wypełnia Lekarz Prowadzący”. Jeśli lekarz nie wypełni formularza prosimy o dołączenie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej rozpoznania i leczenia choroby, która była przyczyną powstania całkowitej niezdolności do pracy lub podanie nazw i adresów placówek medycznych, w których leczona była ta choroba (dotyczy lekarza podstawowej opieki medycznej, lekarzy specjalistów, szpitali).
- Kopii orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy wydanego na stałe
- Jeśli całkowita niezdolność do pracy spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem prosimy o opisanie okoliczności zdarzenia oraz dołączenie kopii dokumentów dotyczących wypadku np. kopii protokołu BHP – jeśli wypadek miał miejsce w pracy, kopii notatki policyjnej /postanowienia prokuratury - jeśli wzywana była policja oraz prowadzone było postępowanie.

WAŻNE: Prosimy o upewnienie się, że wszystkie dokumenty zostały skompletowane. Przesłanie wszystkich dokumentów, o które prosimy wraz z wypełnionym formularzem spowoduje rozpatrzenie szkody w możliwie najkrótszym terminie.

Krok 4: Co się stanie z formularzem wysłanym do AXA?

Po otrzymaniu poprawnie wypełnionego formularza oraz / lub kompletu dokumentów, roszczenie zostanie zarejestrowane i nadany zostanie unikalny numer, który będzie wskazywany w nagłówku każdej korespondencji. Prosimy o powoływanie się na ten numer w każdej kolejnej korespondencji kierowanej do AXA.

Na podstawie dostarczonej dokumentacji oraz Warunków Ubezpieczenia w ciągu siedmiu dni zostanie podjęta decyzja. Po tym okresie zostanie wysłany list z informacją o podjętej decyzji.

- W przypadku decyzji o wypłacie świadczenia pismo będzie zawierało informacje o wysokości świadczenia, rachunku bankowym, na jaki zostanie przekazane świadczenie oraz terminie wypłaty świadczenia.
- W przypadku decyzji odmownej pismo będzie zawierało informację o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia.

Jeśli dostarczona dokumentacja nie będzie wystarczająca do podjęcia decyzji, wyślemy pismo z informacją, jakie dodatkowe dokumenty są niezbędne do podjęcia decyzji. Konieczność gromadzenia dodatkowej dokumentacji może opóźnić termin podjęcia decyzji.

Następna strona zawiera informacje gdzie należy wysłać formularz

Gdzie należy wysłać formularz i dokumenty

Po wypełnieniu całego formularza oraz / lub skompletowaniu dodatkowej dokumentacji prosimy przesłać całość dokumentów jedną z poniższych dróg:

Pocztą elektroniczną: Zeskanowany formularz oraz dodatkowe dokumenty prosimy wysłać na adres
clp.pl@partners.axa

Faxem na numer: +48 22 526 28 01

Pocztą na adres: **AXA**
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa

Prosimy zatrzymać kopię wniosku oraz oryginały przekazywanych dokumentów, w przypadku, gdyby były potrzebne w przyszłości. Rozumiemy trudną sytuację, jaką jest choroba, dlatego naszym celem jest przekazanie wszystkich niezbędnych informacji teraz, aby proces rozpatrywania szkody był przejrzysty i zrozumiały.

Wszystkie informacje, o które pytamy w formularzu oraz dokumenty, o które prosimy pozwolą nam podjąć decyzję niezwłocznie. Niekompletny formularz lub brak wymaganych przez nas dokumentów opóźni proces podjęcia decyzji. Może się jednak zdarzyć, że będziemy potrzebować dodatkowych dokumentów, w takim przypadku poprosimy Panią/Pana o uzupełnienie dokumentacji.

W czasie rozpatrywania Pana / Pani roszczenia jest Pan / Pani zobowiązany/a do terminowego regulowania zobowiązań wynikających z umowy leasingu / pożyczki

Oświadczenie

- Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze.
- W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową i powstania roszczenia, zgodnie z art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej upoważniam Ubezpieczyciela, do uzyskania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i okoliczności, koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz wyrażam zgodę na udzielanie takich informacji Ubezpieczycielowi przez zakłady opieki zdrowotnej, lekarzy, grupowe praktyki lekarskie i innych ubezpieczycieli, a także przekazywanie tych informacji do Administratora działającego w imieniu Ubezpieczyciela, w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie i udostępnianie informacji, o których mowa w pkt poprzednim uprawnionym z umowy ubezpieczenia.
- Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (tekst jednolity Dz.U. z 2002 roku, nr 72, poz. 665) w celu realizacji umowy ubezpieczenia upoważniam Ubezpieczającego do przekazania Ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą bankową, a niezbędnych w procesie rozpatrywania roszczeń i wypłaty świadczeń, wynikających z postanowień zawartych w umowie o kartę kredytową/umowie kredytu.
- Zostałem/łam poinformowany/a, że spoczywa na mnie obowiązek zgromadzenia i przekazania Administratorowi wszystkich dokumentów i informacji niezbędnych do podjęcia decyzji w sprawie zgłaszanego przeze mnie roszczenia.
- Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ubezpieczyciela moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, w załącznikach do niego oraz innych danych uzyskanych w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz przekazywanie tych danych Administratorowi, w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonania Umowy Ubezpieczenia, a w szczególności ustalenia prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych wskazanych w pkt poprzednim przez Ubezpieczyciela i Administratora w celu i zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia spółkom powiązanim, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 września 2000 r. kodeks spółek handlowych (Dziennik Ustaw z 2000 r. nr 94 poz. 1037 z późn. zm.)
- Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że:
 - podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, jednakże dane te są niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia.
 - przysługuje mi w każdym czasie prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Czytelny podpis

Data

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania badania satysfakcji klienta przez AXA Partners SA Oddział w Polsce.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od AXA Partners SA Oddział w Polsce korespondencji dotyczącej przeprowadzania badania satysfakcji klienta za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Informujemy, że administratorem danych osobowych jest AXA Partners S.A. Oddział w Polsce (część AXA). Podane przez Pana/ią dane będą przetwarzane przez ww. spółkę i podmioty z nią współpracujące w celu i zakresie niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia. Podanie danych jest dobrowolne. Przysługuje Panu/i prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

Czytelny podpis

Data

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Dane osobowe Ubezpieczonego

Imię:

PESEL:

Nazwisko:

Nr umowy/umów o kartę kredytową (dla Posiadaczy kart kredytowych):

Adres:

Nr umowy/umów Pożyczki (dla Kredytobiorców):

Nr wnioskopolisy:

Telefon:

Adres email:

Dane osobowe zgłaszającego roszczenie w imieniu Ubezpieczonego

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon:

Email:

Okoliczności zdarzenia

Data zdarzenia, które spowodowało niezdolność do pracy:

Opis okoliczności zdarzenia (wypadku/ zachorowania):

Czy sprawą zdarzenia zajmowała się policja/ prokuratura?

Tak Nie

Jeśli tak, prosimy wskazać dane jednostki i nr sprawy:

Informacje dotyczące całkowitej niezdolności do pracy – wypełnia Lekarz Prowadzący

Imię i nazwisko Pacjenta:

Data urodzenia:

Prosimy podać choroby podstawowe oraz współistniejące, które były przyczyną wydania orzeczenia o całkowitej niezdolności pacjenta do pracy:

Choroby podstawowe:

Choroby współistniejące:

Informacje dotyczące całkowitej niezdolności do pracy – wypełnia Lekarz Prowadzący

Data pierwszej konsultacji
w związku z zachorowaniem/
wypadkiem

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Data rozpoznania choroby:

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Data orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Czy orzeczona całkowitej niezdolności do pracy jest związana z:

- chorobą leczoną lub stwierdzoną przez lekarza w okresie 24 miesięcy poprzedzających początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

- nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

Czy orzeczona całkowita niezdolność do pracy jest związana z:

- pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

- umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

Dane Lekarza

Imię
i Nazwisko

Adres
Gabinetu /
placówki
medycznej:

Podpis lekarza

Pieczętka
lekarza:

Data:

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---