



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

Czasowa niezdolność do pracy

Krok 1: Podstawowe informacje dotyczące zgłoszenia szkody oraz umowy ubezpieczenia

- Podczas zawierania umowy ubezpieczenia zostały Pani / Panu dostarczone Warunki Ubezpieczenia. Dokument ten określa warunki, które powinny zostać spełnione, aby świadczenie zostało wypłacone. Prosimy zapoznać się z zapisami zawartymi w ww. dokumencie.
- Prosimy zgłosić szkodę tylko w przypadku, jeśli jest Pani/Pan zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas określony.
- Prosimy zgłosić szkodę tylko w przypadku, jeśli przebywa Pani / Pan na zwolnieniu lekarskim minimum 30 dni
- Pierwsze świadczenie może zostać wypłacone po nieprzerwanym 30 dniowym okresie pozostawania na zwolnieniu lekarskim, następne świadczenia mogą zostać wypłacone po każdym kolejnym nieprzerwanym 30 dniowym okresie pozostawania na zwolnieniu lekarskim

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 znajdującą 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 czasowej niezdolności do pracy lub podanie nazw i adresów placówek medycznych, w których leczona była ta choroba (dotyczy lekarza podstawowej opieki medycznej, lekarzy specjalistów, szpitali itp.).
- Kopii wszystkich zwolnień lekarskich dotyczących zgłaszanej czasowej niezdolności do pracy,
- Jeśli czasowa niezdolność do pracy spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem, prosimy o opisanie okoliczności zdarzenia oraz dołączenie kopii dokumentów dotyczących wypadku,
- Kopii umowy o pracę zawartej na czas określony bądź zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu informujące, na jaki okres umowa o pracę została zawarta.

WAŻNE: Prosimy o upewnienie się, że wszystkie dokumenty zostały skompletowane. Przesłanie wszystkich dokumentów, o które prosimy wraz z uzupełnionym 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, okresie, za jaki świadczenie jest należne, terminie wypłaty, rachunku bankowym, na jaki zostanie przekazane świadczenie oraz o dalszych krokach.
- 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 pełną dokumentację 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.

Oświadczenie

- Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze.
- 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 pożyczki.
- W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową i powstania roszczenia, zgodnie z art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej upoważniam Financial Insurance Company Limited (część AXA) spółkę założoną na mocy prawa Anglii i Walii, z siedzibą pod adresem: Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londyn W4 5HR, Wielka Brytania („Ubezpieczyciel”) 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 udzielenie takich informacji Ubezpieczycielowi przez zakłady opieki zdrowotnej, lekarzy, grupowe praktyki lekarskie i innych ubezpieczycieli, a także przekazywanie tych informacji do Financial Insurance Group Services Sp. z o.o. (część AXA) Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Emilii Plater 53, 00-113 Warszawa („Administrator”) w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie i udostępnianie informacji, o których mowa w pkt poprzednim uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, a także na przekazanie kopii niniejszego formularza Ubezpieczającemu.
- 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.
- Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że:
 - administratorem danych osobowych jest Ubezpieczyciel,
 - 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 – wypełnia Ubezpieczony

Imię:

PESEL:

Nazwisko:

Numer umowy:

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

Nr umowy/umów Pożyczki (dla Kredytobiorców):

Nr wnioskopolisy:

Adres do korespondencji:

Telefon:

E-mail:

Czy zgłaszał/a już Pan/Pani wcześniej szkodę do naszego Zakładu Ubezpieczeń?

Tak Nie

Forma zatrudnienia w pierwszym dniu czasowej niezdolności do pracy:

Prosimy wpisać odpowiednio: umowa o pracę zawarta na czas określony/ umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony/ działalność gospodarcza/ stosunek służbowy/ inna

Okoliczności zdarzenia

Data zdarzenia, które spowodowało niezdolność do pracy:

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

Opis okoliczności zdarzenia (wypadku/ zachorowania):

Czy sprawę zdarzenia zajmowała się policja/ prokuratura?

Tak Nie

Jeśli tak, prosimy wskazać dane jednostki i nr sprawy:

Informacje dotyczące czasowej niezdolności do pracy – wypełnia Lekarz Prowadzący

Imię i nazwisko Pacjenta:

Prosimy podać przyczynę czasowej niezdolności do pracy (jaka choroba / jaki uraz):

Informacje dotyczące czasowej 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
---	---	---	---	---	---

Pierwszy dzień niezdolności do pracy:

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

Jeśli u Pacjenta zdiagnozowano więcej niż jedną chorobę prosimy podać nazwę choroby oraz datę jej zdiagnozowania:

1. _____

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

2. _____

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

3. _____

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

4. _____

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

Czy czasowa niezdolność do pracy jest związana:

ze spożyciem alkoholu, zażywaniem narkotyków lub innych środków odurzających, leków dostępnych wyłącznie na receptę, jednak nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza lub nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza

Tak Nie

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

Czy czasowa niezdolność do pracy jest związana z:

chorobą istniejącą:

Tak Nie

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły oraz daty diagnozy:

Data:

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

Data:

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

Data:

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

Jeśli Pacjent był hospitalizowany z powodu choroby, która była przyczyną czasowej niezdolności do pracy prosimy podać okres hospitalizacji:

Data przyjęcia:

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

Data wypisu:

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

Miejsce hospitalizacji:

Dane Lekarza:

Imię i Nazwisko:

Adres Gabinetu / Placówki Medycznej:

Podpis Lekarza:

Pieczętka Lekarza:

Data:

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