



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

Zgon Ubezpieczonego

Krok 1: Podstawowe informacje dotyczące zgłoszenia szkody oraz umowy ubezpieczenia

Rozumiemy trudną sytuację, jaką jest utrata bliskiej osoby, dlatego naszym celem jest przekazanie wszystkich niezbędnych informacji teraz, aby proces rozpatrywania szkody był przejrzysty i zrozumiały.

Ważne informacje:

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

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: Skompletowanie dokumentacji

Prosimy o wypełnienie formularza oraz / 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 zgonu Ubezpieczonego lub podanie nazw i adresów placówek medycznych, w których leczona była ta choroba (dotyczy lekarza podstawowej opieki medycznej, lekarzy specjalistów, szpitali).
- Kopii aktu zgonu Ubezpieczonego
- Kopii zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu lub karta zgonu zawierająca określenie przez lekarza przyczyny zgonu
- Jeśli zgon Ubezpieczonego spowodowany był 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 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 wystać formularz

Gdzie należy wysłać formularz i dokumenty

Po wypełnieniu całego formularza oraz 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.

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.
- 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:

Dane osobowe zgłaszającego roszczenie

Imię:

Telefon:

Nazwisko:

Email:

Adres:

Relacja z Ubezpieczonym

Okoliczności zdarzenia

Data zdarzenia:

Opis okoliczności zdarzenia:

Czy sprawą zdarzenia zajmowała się policja/ prokuratura?

Tak Nie

Jeśli tak, prosimy wskazać dane jednostki i nr sprawy:

Informacje dotyczące przyczyny zgonu Ubezpieczonego – wypełnia Lekarz Prowadzący

Imię i nazwisko Pacjenta:

Data urodzenia:

Proszę podać choroby, które były przyczyną zgonu Ubezpieczonego (jaka choroba / jaki uraz):

Informacje dotyczące zgonu Ubezpieczonego – wypełnia Lekarz Prowadzący

Data pierwszej konsultacji
w związku z zachorowaniem/
wypadkiem:
Data rozpoznania choroby:

Data zgonu Ubezpieczonego:

Czy zgon Ubezpieczonego jest związany z:

- pozostawaniem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

- nieuzasadnioną odmową przez Ubezpieczonego skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza

Tak Nie Nie wiem

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły:

Dane Lekarza

Imię
i Nazwisko

Adres
Gabinetu /
placówki
medycznej:

Podpis lekarza

Pieczętka
lekarza

Data: