



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia NNW*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub zawałem serca, lub udarem mózgu | <input type="checkbox"/> pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem |
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym | <input type="checkbox"/> pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby |
| <input type="checkbox"/> śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem | <input type="checkbox"/> wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania |
| <input type="checkbox"/> uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego |
| | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem |

1 Adres do korespondencji

AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.
UL. CHŁODNA 51
00-867 WARSZAWA z dopiskiem: SZKODY NNW – Bezpieczny.pl

2 Dane polisy*

- | | | | | | |
|--|-------|--------------|---|-------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Forma grupowa | _____ | Numer polisy | <input type="checkbox"/> Forma indywidualna | _____ | Numer wniosku/polisy |
|--|-------|--------------|---|-------|----------------------|

Nazwa Ubezpieczającego _____ Imię i nazwisko Ubezpieczającego _____

3 Dane Ubezpieczonego

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

4 Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego Ubezpieczonego (prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony jest małoletni)**

Oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim/małoletnią sprawują aktualnie następujące osoby:

Nazwisko i imię opiekuna prawnego _____ Stopień pokrewieństwa _____

PESEL _____ Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

Adres zamieszkania

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

5 Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego/rodzica Ubezpieczonego**

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Telefon kontaktowy _____ Stopień pokrewieństwa _____

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
** Niepotrzebne skreślić.