



więcej / niż standard

ubezpieczenia

## Wniosek

o wypłatę świadczenia<sup>1</sup>

- |   |   |   |                                  |
|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> z tytułu pobytu w szpitalu                                 | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> z tytułu pobytu na OIOM/w sanatorium/rekonwalescencji      | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka          |                                  |
| <input type="checkbox"/> z tytułu operacji medycznej                                | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> z tytułu poważnego zachorowania                            | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> z tytułu poważnego zachorowania – katalog chorób zakaźnych | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecka                |                                  |
| <input type="checkbox"/> z tytułu leczenia specjalistycznego                        | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecka                |                                  |
| <input type="checkbox"/> z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie NW            | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera |                                  |
| <input type="checkbox"/> z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie NW | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału/udar   | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera |                                  |
| <input type="checkbox"/> z tytułu niezdolności do pracy                             | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego |   |                                  |
| <input type="checkbox"/> z tytułu inwalidztwa                                       | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> lekowego <sup>2</sup>                                      | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> współmałżonka/partnera | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> poważny trwały uszczerbek w następstwie NW                 | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego |   |                                  |
| <input type="checkbox"/> Pomoc na Raka  | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego |   |                                  |
| <input type="checkbox"/> inne <sup>3</sup>  | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecka                |                                  |

### Część A – wypełnia Ubezpieczony

#### Dane polisy

\_\_\_\_\_ Numer polisy \_\_\_\_\_ Nazwa Ubezpieczającego<sup>4</sup>

#### Dane Ubezpieczonego (Uprawnionego)

\_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię, imiona

\_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_ Płeć  kobieta  mężczyzna

Obywatelstwo  polskie  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości  dowód osobisty  paszport  karta pobytu \_\_\_\_\_ Data ważności dokumentu

\_\_\_\_\_ Telefon  stacjonarny \_\_\_\_\_  komórkowy \_\_\_\_\_ Godziny kontaktu \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### Adres zamieszkania

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

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

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

#### Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.<sup>5</sup>

Uprawniony:  Tak  Nie

## Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu od  do

Przyczyna pobytu w szpitalu<sup>1</sup>  choroba  wypadek

Czy po leczeniu szpitalnym Ubezpieczony/współmałżonek/partner przebywał na zwolnieniu lekarskim?<sup>1</sup>  
*Jeżeli tak, należy dołączyć kopię zwolnień lekarskich.*  Tak  Nie

Czy w związku z ww. pobytom w szpitalu Ubezpieczony/współmałżonek/partner przebywał na OIOM/OIT/OIOK/OINK?<sup>1</sup>  Tak  Nie

Czy w związku z ww. pobytom w szpitalu Ubezpieczony/współmałżonek/partner przebywał w sanatorium?<sup>1</sup>  Tak  Nie

## Dane dotyczące wypadku<sup>6</sup>

Data wypadku  Okoliczności i przyczyna wypadku: \_\_\_\_\_

Miejsce (adres) wypadku: \_\_\_\_\_

Czy Ubezpieczony/współmałżonek/partner/dziecko w chwili wypadku znajdował/znajdowało się pod wpływem alkoholu?<sup>1</sup>  Tak  Nie

Kto udzielił Ubezpieczonemu/współmałżonkowi/partnerowi/dziecku pomocy po wypadku? \_\_\_\_\_

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?<sup>1</sup>  
*Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.*  Tak  Nie

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego(ych) postępowanie: \_\_\_\_\_

## Dane dotyczące leczenia

Czy leczenie zostało zakończone?<sup>1</sup>  Tak  Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Czy rehabilitacja została zakończona?<sup>1</sup>  Tak  Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Okres zwolnienia lekarskiego od  do

## Dane dotyczące operacji medycznej/poważnego zachorowania<sup>7</sup>

Data operacji medycznej/rozpoznania poważnego zachorowania  Rodzaj operacji medycznej/poważnego zachorowania \_\_\_\_\_

Data początku leczenia choroby/urazu  Czy operacja/poważne zachorowanie związana(e) jest z chorobą/obrażeniami ciała rozpoznanymi i leczonymi w trakcie trwania ochrony AXA?<sup>1</sup>  Tak  Nie  
*Jeżeli tak, należy dołączyć historię choroby z przebiegu leczenia.*

Adresy placówek medycznych, w których leczyl się Ubezpieczony/współmałżonek/partner/dziecko w związku ze zgłoszonym roszczeniem oraz adres przychodni lekarza rodzinnego, w której zarejestrowany(e) jest Ubezpieczony/współmałżonek/partner/dziecko.

## Dane dotyczące leczenia specjalistycznego<sup>8</sup>

Data leczenia specjalistycznego

Rodzaj leczenia specjalistycznego<sup>1</sup>  chemioterapia  radioterapia  terapia interferonowa  
 wszczepienie kardiowertera/defibrylatora  wszczepienie rozrusznika serca  ablacja  
 dializoterapia w przewlekłej niewydolności nerek  dializoterapia w ostrej niewydolności nerek  
 embolizacja tętniaka tętnic mózgowych  leczenie metodą Gamma Knife lub Cyber Knife.

Data rozpoznania i rodzaj choroby w związku z którym zastosowano leczenie specjalistyczne

Czy leczenie specjalistyczne związane jest z chorobą, która została zdiagnozowana lub względem której prowadzono postępowanie diagnostyczno-lecznicze w trakcie trwania ochrony w AXA?<sup>1</sup>  
*Jeśli nie, należy dołączyć historię choroby z przebiegu leczenia.*  Tak  Nie

Adresy placówek medycznych, w których leczyl(o) się Ubezpieczony/dziecko w związku ze zgłoszonym roszczeniem oraz adres przychodni lekarza rodzinnego, w której zarejestrowany(e) jest Ubezpieczony/dziecko.

## Oświadczenia Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

Upoważniam AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”) do wystąpienia do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, obejmujących informacje o:

- 1) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
  - 2) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
  - 3) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
  - 4) przyczynie mojej śmierci,
- z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, wymienionych powyżej informacji o stanie mojego zdrowia, o które Towarzystwo będzie zapytywało w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych o stanie

zdrowia zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, w tym także danych ujawnionych Towarzystwu w okresie obowiązywania i wykonywania umowy ubezpieczenia, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym w celu realizacji świadczeń ubezpieczeniowych, oraz na udostępnienie przez Towarzystwo tych danych Partnerowi Medycznemu AXA do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych zostały mi udostępnione informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

W przypadku gdy wniosek dotyczy rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego dziecka, wyrażenia „mi”, „mnie”, „moje” w odniesieniu do danych osobowych należy odnosić do danych osobowych dziecka.

Data i podpis Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/pełnoletniego dziecka, a w przypadku dziecka niepełnoletniego – podpis jego rodzica/opiekuna prawnego (w imieniu dziecka)

## Forma wypłaty świadczenia<sup>1</sup>

- Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

- Przekaz pocztowy (Towarzystwo dokonuje potrącenia kosztu opłaty pocztowej z wypłacanej kwoty)

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Podpis Ubezpieczonego

## Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie, za pośrednictwem wia-

domości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu oraz na podany adres e-mail. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Podpis Ubezpieczonego

## Część B – wypełnia Ubezpieczający<sup>4</sup>

Nazwa zakładu pracy

Adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko, imię

PESEL

był(a) objęty(a) grupowym ubezpieczeniem w AXA Życie Towarzystwie Ubezpieczeń S.A. w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

DDMMRRRR  
Data zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

DDMMRRRR  
Data ustania zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

DDMMRRRR  
Data opłacenia ostatniej składki

Potwierdzam własnoręcznie podpisów złożonych w niniejszym wniosku oraz oświadczam, że dokonałem(am) weryfikacji tożsamości uprawnionego na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

## Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

### Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- karta informacyjna z pobytu w szpitalu
- dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu wypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszczęśliwy wypadek)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)

- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

**Dodatkowo, jeżeli Ubezpieczony/współmałżonek/partner posiada zakres ochrony rozszerzony o:**

- OIOM – karta leczenia z oddziału intensywnej opieki medycznej
- OIT – karta leczenia z oddziału intensywnej terapii
- OIOK – karta leczenia z oddziału intensywnej opieki kardiologicznej
- OINK – karta leczenia z oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego
- rekonwalescencję – kserokopia druków zwolnień lekarskich

- sanatorium – kserokopia karty informacyjnej z pobytu w sanatorium
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Operacje medyczne Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia skierowania na zabieg operacyjny
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji
- dodatkowo, w przypadku gdy karta leczenia szpitalnego nie określa w jednoznaczny sposób wykonania operacji objętych ochroną ubezpieczeniową, dokumenty w postaci: historii choroby z leczenia szpitalnego, podczas którego wykonano zabieg operacyjny, wyniki konsultacji specjalistycznych z zakresu przeprowadzanej operacji itp.
- dokumentacja potwierdzająca nieszczeniowy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku) lub adres organów policji albo prokuratury prowadzącej postępowanie wyjaśniające – w przypadku ograniczenia ochrony do NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG)
- wynik badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- zaświadczenia lekarskie dotyczące rodziców dziecka, u którego zdiagnozowano cukrzycę, potwierdzające czy są lub nie diabetykami
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego/dziecka**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna potwierdzająca leczenie specjalistyczne
- dokumentacja medyczna z rozpoznania choroby w związku z którą zastosowano leczenie specjalistyczne-historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG), wynik badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera w następstwie NW, NW przy pracy**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dokumentacja potwierdzająca nieszczeniowy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera/dziecka w następstwie NW**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- dokumentacja potwierdzająca nieszczeniowy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera wskutek zawału serca lub udaru**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań itp.

#### **Ważna informacja**

1. Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.
2. Kserokopie dokumentów niezbędne do wypłaty świadczenia powinny mieć poświadczoną zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną (osobą uprawnioną jest: pracownik AXA, pracownik urzędu stanu cywilnego, notariusz lub osoba posiadająca stosowne umocowanie, np. osoba administrująca z ramienia Ubezpieczającego).
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dodatkowa dokumentacja potwierdzająca:
  - zawał serca: zapisy EKG dokumentujące typowe zmiany i ewolucje zawału, wyniki badania krwi z poziomem markerów enzymatycznych w surowicy krwi
  - udar mózgu: badanie specjalisty neurologa, wyniki tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, obrazujące zakres powstałego deficytu (nie wcześniej-sze jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności po przebytym zawału lub udarze, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Niezdolność Ubezpieczonego do pracy**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem oraz kserokopie zwolnień lekarskich potwierdzających okres niezdolności do pracy, trwających przez 12 miesięcy
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o całkowitej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności
- dokumentacja potwierdzająca nieszczeniowy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.) w przypadku niezdolności do pracy w wyniku NW, NW przy pracy
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego wraz z kserokopią zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej hospitalizacją
- dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy, przebiegu leczenia oraz kserokopia zwolnienia lekarskiego w przypadku czasowej niezdolności spowodowanej NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Inwalidztwo Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera w następstwie NW**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dokumentacja potwierdzająca nieszczeniowy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- orzeczenie komisji (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości inwalidztwa lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera (jeśli dotyczy)
- aktualny odpis aktu małżeństwa – wystawiony po dacie zdarzenia (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Poważny trwały uszczerbek w następstwie NW**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, wykonanych zdjęć RTG z opisem
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- dokumentacja potwierdzająca nieszczeniowy wypadek, w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
- orzeczenie komisji lekarskiej (ZUS, KRUS, PZDsOoN) o wysokości uszczerbku na zdrowiu lub inne orzeczenie stwierdzające stopień niepełnosprawności, jeżeli takie wydano
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Pomoc na Raka**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna potwierdzająca leczenie specjalistyczne (operacja medyczna, cykle chemioterapii, cykle radioterapii)
- dokumentacja medyczna z rozpoznania choroby, w związku z którą zastosowano leczenie specjalistyczne
- dokumentacja medyczna leczenia w postaci kopii: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG), wynik badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego lub dowód osobisty/paszport dziecka (jeśli dotyczy)
- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

#### **Inne**

- inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo

## Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręcznie podpisy złożonych w niniejszym wniosku ubezpieczeniowym oraz oświadczam, iż dokonałem(am) weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

Imię i nazwisko

Numer wewnętrzny/RAU

DDMMRRR  
Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
2. Wniosek będzie rozpatrzony tylko i wyłącznie z jednoczesnym zgłoszeniem wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu operacji medycznej, poważnego zachorowania i pobytu w szpitalu trwającego minimum 10 dni.
3. Wypełnia uprawniony w przypadku zgłoszenia innego zdarzenia niż wyszczególnione w niniejszym wniosku.
4. Nie dotyczy ubezpieczenia indywidualnego.
5. Zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków).
6. Prosimy wypełnić w przypadku, gdy zdarzenie było spowodowane wypadkiem.
7. Prosimy wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu operacji medycznej/poważnego zachorowania.
8. Prosimy wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu leczenia specjalistycznego.





więcej / niż standard

ubezpieczenia

## Oświadczenie

dotyczące potwierdzania dokumentów

Niniejszym, ja

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_

PESEL

oświadczam, iż przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam.

Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych AXA Życie TU S.A. może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym.

Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie lub przerobienie dokumentu lub posłużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest występkiem w świetle kodeksu karnego.

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

  D  D  M  M  R  R  R  R    
Data

\_\_\_\_\_

Podpis składającego oświadczenie