



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Zgłoś zdarzenie przez  
[www.axa.pl/zdarzenie](http://www.axa.pl/zdarzenie)



Decyzję otrzymasz  
SMS-em lub e-mailem

## Wniosek

o wypłatę świadczenia\*

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> z tytułu rozpoznania nowotworu                              | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> z tytułu operacji medycznej związanej z leczeniem nowotworu | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> z tytułu chemioterapii                                      | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> z tytułu radioterapii                                       | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecka |
| <input type="checkbox"/> z tytułu świadczenia okresowego                             | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> dziecka |

### Część A – wypełnia Ubezpieczony

#### Dane polisy

\_\_\_\_\_  
Numer polisy

\_\_\_\_\_  
Nazwa Ubezpieczającego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

#### Dane Ubezpieczonego

\_\_\_\_\_  
Nazwisko i imię

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Ulica i numer domu

\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Telefon stacjonarny

\_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy

\_\_\_\_\_  
E-mail

#### Dane dziecka, u którego rozpoznano nowotwór

\_\_\_\_\_  
Nazwisko i imię

\_\_\_\_\_  
PESEL

#### Dane dotyczące leczenia nowotworu

\_\_\_\_\_  
Data rozpoczęcia leczenia objawów nowotworu

\_\_\_\_\_  
Data rozpoznania nowotworu

\_\_\_\_\_  
Data wyniku badania histopatologicznego

\_\_\_\_\_  
D D M M R R R R

\_\_\_\_\_  
D D M M R R R R

\_\_\_\_\_  
D D M M R R R R

Prosimy podać nazwiska i adresy lekarzy, którzy leczyli Ubezpieczonego/dziecko w związku z rozpoznaniem nowotworu.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy w związku z rozpoznaniem nowotworu planowane jest przeprowadzenie operacji medycznej?

Tak  Nie

Data wystawienia skierowania na operację medyczną lub data wykonania operacji medycznej

\_\_\_\_\_  
D D M M R R R R

Miejsce wykonania operacji medycznej (nazwa i adres placówki medycznej)

\_\_\_\_\_

Czy w związku z rozpoznaniem nowotworu planowane jest przeprowadzenie chemioterapii/radioterapii (maksymalny limit odpowiedzialności Towarzystwa: 5 cykli chemioterapii i 5 cykli radioterapii)?

Tak  Nie

Miejsce wykonania chemioterapii/radioterapii (nazwa i adres placówki medycznej)

\_\_\_\_\_

## Oświadczenie Ubezpieczonego/dziecka lub jego opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych osobowych zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, w tym także danych o stanie zdrowia ujawnionych Towarzystwu w okresie obowiązywania i wykonywania umowy ubezpieczenia, w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową Towarzystwa, w tym w celu realizacji świadczeń ubezpieczeniowych, oraz na powierzenie przez Towarzystwo przetwarzania tych danych innym podmiotom, w szczególności Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie oraz Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie („Partner medyczny”), na podstawie art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych i przekazywania tych danych innym podmiotom do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania tych danych.

Upoważniam Towarzystwo oraz Partnera medycznego do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia, w tym także do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu oraz Partnerowi medycznemu przez lekarzy, placówki medyczne i podmioty wykonujące działalność leczniczą wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, w tym do przekazywania kopii dokumentacji medycznej, o które będą zapytywali w związku z wykonywaniem ubezpieczenia na życie. Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu oraz Partnerowi medycznemu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego oraz ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób danych o stanie zdrowia.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

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

## Pełnomocnictwo

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa:

Nazwisko	Imię/imiona		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data urodzenia	PESEL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ulica	Numer domu/lokalu	Miejscowość	Kod pocztowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

do podpisywania i składania wniosków o wypłatę lub realizację świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia oraz innych dokumentów niezbędnych do realizacji świadczeń, uzyskiwania informacji o etapie realizacji świadczeń oraz innych informacji związanych z umową ubezpieczenia. Pełnomocnictwo niniejsze nie dotyczy świadczeń: Drugiej Opinii Medycznej, pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia oraz nie obejmuje umocowania do odbioru świadczeń w imieniu Ubezpieczonego.

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

W przypadku odwołania niniejszego pełnomocnictwa Ubezpieczony powinien poinformować o tym Towarzystwo.

## Forma wypłaty świadczenia\*

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, iż powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz iż przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami. 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 rozumieniu kodeksu karnego.

Miejscowość  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 Polska S.A. i AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibami w Warszawie, za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu oraz drogą elektroniczną na wskazany powyżej adres e-mail. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

Miejscowość  Data  Podpis Ubezpieczonego

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

Nazwa zakładu pracy

Adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko i imię

PESEL

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

D D M M R R R R

Data zatrudnienia  
ubezpieczonego pracownika

D D M M R R R R

Data ustania zatrudnienia  
ubezpieczonego pracownika

D D M M R R R R

Data opłacenia ostatniej składki

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Pieczętka zakładu pracy i podpis osoby obsługującej

### Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

#### Roszczenie z tytułu rozpoznania nowotworu:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był leczony w związku z rozpoznaniem nowotworu
- wynik badania histopatologicznego przeprowadzonego przez patomorfologa
- kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego potwierdzona za zgodność z oryginałem
- inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia
- kserokopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (w przypadku gdy wniosek o wypłatę świadczenia dotyczy dziecka Ubezpieczonego)

#### Roszczenie z tytułu przeprowadzenia chemioterapii/radioterapii:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia (tylko do wypłaty za pierwszy cykl chemioterapii/radioterapii)
- skierowanie na chemioterapię lub radioterapię wystawione przez lekarza chemioterapeutę, radioterapeutę, onkologa, hematologa lub dokumentacja medyczna potwierdzająca przeprowadzenie pierwszego cyklu (tylko w przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia za pierwszy cykl)
- dokumentacja medyczna potwierdzająca odbycie przez Ubezpieczonego lub dziecko poprzedniego cyklu chemioterapii lub radioterapii, z tytułu których Towarzystwo wypłaciło świadczenie, oraz skierowanie Ubezpieczonego lub dziecka na każdy kolejny cykl (tylko w przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia za każdy kolejny cykl)

#### Roszczenie z tytułu operacji medycznej:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- dokumentacja medyczna potwierdzająca wykonanie operacji w postaci karty wypisu ze szpitala lub skierowanie na operację wystawione przez lekarza onkologa

#### Pełnomocnictwo:

- kopia dowodu osobistego pełnomocnika

Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.

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).