



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z tytułu*

- ☐ poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego
☐ pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu

Część A – wypełnia Ubezpieczony

Dane polisy

Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko, imię

PESEL

Ulica i numer domu

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

E-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Beneficjent rzeczywisty

- ☐ osoba fizyczna będąca właścicielem osoby prawnej uprawnionej do otrzymania środków
☐ osoba fizyczna posiadająca więcej niż 25% udziałów/akcji/głosów w zgromadzeniu wspólników w osobie prawnej uprawnionej do otrzymania środków
(np. udziałowiec posiadający więcej niż 25% udziałów w danej spółce)

Nazwisko, imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Dane dziecka Ubezpieczonego

Nazwisko, imię

PESEL

Dane dotyczące choroby dziecka

DDMMRRRR Data rozpoznania choroby	Nazwa rozpoznanej choroby
Przebieg leczenia (adresy placówek) po rozpoznaniu choroby	Data leczenia
1)	od DDMMRRRR do DDMMRRRR
2)	od DDMMRRRR do DDMMRRRR
3)	od DDMMRRRR do DDMMRRRR

Oświadczenie dziecka Ubezpieczonego/opiekuna prawnego**

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, o które będzie zapytywało w związku z zawieraniem lub wykonywaniem ubezpieczenia na życie.

DD MM RR RR _____ Podpis dziecka Ubezpieczonego/opiekuna prawnego**

Dane dotyczące pobytu dziecka w szpitalu

Data hospitalizacji

od

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

 do

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Dane dotyczące wypadku dziecka***

Data wypadku

Miejsce wypadku (adres)

Okoliczności i przyczyna wypadku

Czy dziecko w chwili wypadku było pod wpływem alkoholu?*

Nie ☐

Kto udzielił dziecku Ubezpieczonego pomocy po wypadku?

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*

Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Nie ☐

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego(ych) postępowanie

Forma wypłaty świadczenia*

☐ Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

☐ Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość _____ Data DD MM RR RR RR RR _____ Podpis Ubezpieczonego

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** W przypadku dziecka małoletniego oświadczenie podpisuje opiekun prawny dziecka.

*** Wypełnić w przypadku hospitalizacji dziecka spowodowanej NW.

Część B – wypełnia Ubezpieczający

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.

Data zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

Data ustania zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

Data opłacenia ostatniej składki

Miejscowość

Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego
- dokumentacja medyczna, potwierdzająca wystąpienie choroby w postaci historii choroby z leczenia ambulatoryjnego lub karty leczenia szpitalnego
- dotatkowa dokumentacja obejmująca w zależności od rodzaju rozpoznanego zachorowania:
 - nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami: dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia od rozpoznania wraz z wynikiem badania histopatologicznego
 - niewydolność nerek: dokumentacja z ośrodka dializoterapii prowadzącego leczenie
 - niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem: wyniki badań krwi na obecność HBsAg lub HBeAg, lub HBV DNA, w przypadkach wątpliwych decyduje wynik badania histopatologicznego wątroby
 - cukrzyca: dokumentacja z przebiegu leczenia od rozpoznania
 - przewlekła hiperglikemia: kserokopia dokumentacji medycznej z rozpoznania i przebiegu leczenia
 - dystrofia typu Duchenne'a: dokumentacja medyczna z rozpoznania i przebiegu leczenia
 - niezłóżliwe guzy śródczaszkowe powodujące ubytki neurologiczne: dokumentacja medyczna z rozpoznania i przebiegu leczenia
 - śpiączka: dokumentacja medyczna z rozpoznania i przebiegu leczenia z ośrodka prowadzącego leczenie
 - sepsa: dokumentacja medyczna z ośrodka prowadzącego leczenie
 - inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp): dokumentacja z przebiegu leczenia wraz z badaniami bakteriologicznymi
 - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: dokumentacja z przebiegu leczenia i rozpoznania choroby potwierdzonego właściwym numerem statystycznym klasyfikacji ICD-10
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego

Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- protokół powypadkowy sporządzony np. przez komisję BHP w zakładzie pracy lub protokół policyjny, protokół z sekcji zwłok (jeżeli była przeprowadzona), postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające w przypadku hospitalizacji spowodowanej NW
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- aktualny odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego dziecka

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).

