



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia*

- ☐ z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego
- ☐ z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- ☐ z tytułu choroby zawodowej Ubezpieczonego

Część A – wypełnia Ubezpieczony

Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

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 dotyczące choroby Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera

Data rozpoznania choroby

Nazwa rozpoznanej choroby

D D M M R R R R

Przebieg leczenia (adresy placówek) po rozpoznaniu choroby

Data leczenia

1)

od _____ do _____

2)

od _____ do _____

3)

od _____ do _____

a) choroby uszu, nosa, oczu?	Tak ☐	Nie ☐
b) zaburzenia psychiczne, padaczkę, niedowład lub inne choroby układu nerwowego?	Tak ☐	Nie ☐
c) choroby krtani, oskrzeli, płuc lub inne choroby układu oddechowego?	Tak ☐	Nie ☐
d) choroby żołądka, jelit, wątroby (w tym żółtaczką), pęcherzyka żółciowego lub inne choroby układu pokarmowego?	Tak ☐	Nie ☐
e) kamienie nerkowe, choroby nerek, pęcherza moczowego lub inne choroby układu moczowego lub narządów płciowych?	Tak ☐	Nie ☐
f) choroby mięśni kości, stawów, kręgosłupa lub inne choroby układu ruchu?	Tak ☐	Nie ☐
g) nadciśnienie, choroba wieńcowa, zawał lub inne choroby układu krążenia?	Tak ☐	Nie ☐
h) HIV/AIDS?	Tak ☐	Nie ☐
i) cukrzycę, hiperlipidemię, niedokrwistość, choroby tarczycy lub inne zaburzenia hormonalne lub przemiany materii?	Tak ☐	Nie ☐
j) nowotwór, guz, torbiel, choroby skóry lub węzłów chłonnych?	Tak ☐	Nie ☐
k) inne choroby lub objawy niewymienione powyżej?	Tak ☐	Nie ☐

Nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego/współmałżonka/
partnera, lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni,
w której zarejestrowany(a) jest Pan(i) obecnie, a także był(a)
poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku

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

☐ Przelew bankowy

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

☐ Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Wypełnić w przypadku zdarzenia poważnego zachorowania Ubezpiezonego lub małżonka.

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.

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

D D M M R R R R

Miejscowość

Data

Pieczęć zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego/współmałżonka/partnera:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
- dokumentacja medyczna, potwierdzająca wystąpienie choroby w postaci historii choroby z leczenia ambulatoryjnego lub karty leczenia szpitalnego,
- dotatkowa dokumentacja medyczna obejmująca w zależności od rodzaju rozpoznanego zachorowania:
 - zawał serca: zapisy EKG dokumentujące typowe zmiany i ewolucje zawału, wyniki badania krwi z poziomem w surowicy krwi markerów enzymatycznych, dokumentacja z przebiegu leczenia
 - udar mózgu: badanie specjalisty neurologa, wyniki tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego obrazujące zakres powstałego deficytu (nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów)
 - nowotwór złośliwy: badanie histopatologiczne potwierdzone przez specjalistę histopatologa z datą pierwszego rozpoznania schorzenia
 - niewydolność nerek: dokumentacja z ośrodka dializoterapii prowadzącego leczenie
 - łagodny guz mózgu: wyniki badań obrazowych oraz orzeczenie wydane przez specjalistę neurologa lub neurochirurga
 - przeszczep narządów: kserokopia opisu zabiegu operacyjnego
 - pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych: operacje chirurgiczne na tętnicach wieńcowych z wszczepieniem pomostu omijającego: wyniki badań naczyniowych (koronarografia), kserokopie opisu zabiegu kardiologicznego
 - angioplastyka wieńcowa: pierwszorazowe leczenie tętnic wieńcowych: wyniki badań naczyniowych (angiografia) oraz dokumentacja z przebiegu leczenia
 - operacja aorty: zabieg chirurgiczny na aorcie: kserokopia opisu zabiegu kardiologicznego, dokumentacja z przebiegu leczenia
 - anemia aplastyczna: kserokopie badań rozmazu szpiku, diagnoza potwierdzona przez hematologa z ośrodka prowadzącego leczenie
 - utrata wzroku wskutek choroby: potwierdzenie rozpoznania przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie
 - oparzenia: orzeczenie specjalisty chirurga z ośrodka prowadzącego leczenie, określające powierzchnię powstałych oparzeń
 - utrata mowy: orzeczenie lekarza specjalisty foniatri lub laryngologa, w przypadku resekcji krtani – kserokopia opisu zabiegu operacyjnego

- schyłkowa niewydolność wątroby: wyniki badania krwi na obecność HBsAg lub HBeAg lub HBV DNA, w przypadkach wątpliwych decyduje wynik badania bioptycznego wątroby
 - śpiączka: dokumentacja z przebiegu leczenia z ośrodka prowadzącego leczenie
 - stwardnienie rozsiane: dokumentacja z przebiegu leczenia oraz potwierdzenie rozpoznania przez lekarza neurologa
 - utrata kończyn: dokumentacja z ośrodka przeprowadzającego amputację
 - utrata słuchu: obustronna utrata słuchu, badania audiometryczne, orzeczenie lekarza laryngologa
 - choroba Parkinsona: potwierdzenie rozpoznania przez lekarza neurologa wraz z opisem badania neurologicznego
 - choroba Creutzfeldta-Jakoba: potwierdzenie rozpoznania przez lekarza neurologa z opisem badania neurologicznego
 - zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji: seropozytywny wynik badania oraz dokument potwierdzający fakt przetoczenia krwi w okresie ubezpieczenia
 - borelioza: karta informacyjna leczenia szpitalnego z rozpoznaniem ICD10 (w przypadku leczenia szpitalnego); dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia z potwierdzonym przez lekarza rozpoznaniem ICD10 (leczenie ambulatoryjne) oraz wyniki badań serologicznych
 - zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych / kleszczowe zapalenie mózgu: dokumentacja z całego przebiegu leczenia oraz zaświadczenie lekarza neurologa potwierdzające rozpoznanie choroby (w przypadku zapalenia opon mózgowych dodatkowo potwierdzenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego)
 - choroba Alzheimera: dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia z rozpoznaniem potwierdzonym przez specjalistę neurologa wraz z testami klinicznymi i kwestionariuszami diagnostyki choroby
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
 - kserokopia dowodu osobistego współmałżonka/partnera
 - aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa Ubezpieczonego – wystawiony po dacie zdarzenia

Uwaga: pkt. e) i f) w przypadku zdarzenia poważnego zachorowania współmałżonka
pkt e) w przypadku zdarzenia poważnego zachorowania partnera

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).

