



więcej / niż standard

## 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

AXA POLSKA S.A.  
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 leczili 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 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, a ponadto w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.). 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 (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 oraz Partnerowi medycznemu przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, o które będą zapytywali w związku z zawieraniem lub wykonywaniem ubezpieczenia na życie.

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

## Pełnomocnictwo

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa:

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię/Imiona \_\_\_\_\_  
Data urodzenia           PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

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/pelnoletniego 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, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

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.

Nie dotyczy

Nazwa zakładu pracy

Nie dotyczy

Adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nie dotyczy

Nazwisko i imię

Nie dotyczy

PESEL

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

Nie dotyczy

Data zatrudnienia  
ubezpieczonego pracownika

Nie dotyczy

Data ustania zatrudnienia  
ubezpieczonego pracownika

Nie dotyczy

Data opłacenia ostatniej składki

Nie dotyczy

Miejscowość

Nie dotyczy

Data

Nie dotyczy

Pieczętka zakładu pracy

Nie dotyczy

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 chemioterapeuty, radioterapeuty, 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).

