



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Zgłoś zdarzenie przez 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) _____

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).