



Wniosek o wypłatę świadczenia

Dotyczy Ogólnych warunków ubezpieczenia dla Klientów Providenta

Zgłoszenie dotyczy:

- 1) AXA Życie TU S.A. **Pakiet Życie:** **Pakiet AntyRAK** **Pakiet AntyRAK Plus:**
- Śmierć Ubezpieczonego
 - Śmierć Ubezpieczonego
 - Poważne zachorowanie Ubezpieczonego
 - Diagnoza Nowotworu złośliwego
 - Diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego
- 2) AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. **Pakiet Zdrowie** **Pakiet Dziecko** **Pakiet Dzieci:**
- Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek
 - Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
 - Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)
 - Poważne zachorowanie Dziecka
 - Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka
 - Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Numer Wnioskopolisu

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie (drukowanymi literami).

Dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

Telefon

E-mail

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

Zdarzenie ubezpieczeniowe pozostałe (niebędące przyczyną Nieszczęśliwego wypadku)

Przyczyny i okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: _____

Nazwa i adres placówki medycznej / szpitala, w którym leczył się Ubezpieczony w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczył się Ubezpieczony:

Dodatkowe dane w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego

Data zgonu

Miejsce zgonu

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie Zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie, wraz z podaniem sygnatury:

Dane dotyczące wypadku (jeśli dotyczy)

Data wypadku

Okoliczności i miejsce wypadku (wyczerpująco): _____

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?*

Tak

Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu lub narkotyków?*

Tak

Nie

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

Tak

Nie

Czy w związku z wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?*

Tak

Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy:

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie, wraz z podaniem sygnatury:

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

Dane dotyczące pobytu w szpitalu

Data pobytu w szpitalu: od do

Przyczyna pobytu w szpitalu*:

Inna niż wypadek Wypadek (wymagane wypełnienie pól poniżej dotyczących miejsca i okoliczności wypadku)

Nazwa i adres szpitala, w którym leczył się Ubezpieczony/Dziecko w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Czy leczenie zostało zakończone?* Tak Nie

Czy w trakcie leczenia szpitalnego Ubezpieczony/Dziecko przebywał/-o na OIOM/OIT? Tak Nie

Dane dotyczące poważnego zachorowania Dziecka

Nazwa i adres placówki medycznej / szpitala, w którym leczycy się Dziecko w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczycy się Dziecko:

Dane dotyczące roszczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka

Przyczyny i okoliczności zajścia zdarzenia (wyczerpująco; prosimy o komentarz dotyczący zasadności wystąpienia z wnioskiem o odszkodowanie):

Wysokość roszczenia osoby poszkodowanej (jeśli jest znana): _____

Prosimy o załączenie pisemnego roszczenia poszkodowanego.

Dane dotyczące zgłaszającego roszczenie, jeżeli inny niż Ubezpieczony (np. prawny opiekun Dziecka)

Imię _____ Nazwisko _____ Państwo urodzenia _____

+48 +48

Telefon komórkowy

Telefon stacjonarny

E-mail _____

W przypadku zgłoszenia zdarzenia dotyczącego Dziecka prosimy podać stopień pokrewieństwa osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia

Stopień pokrewieństwa

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

Jeżeli zgłaszający roszczenie jest uprawnionym do otrzymania świadczenia, należy również podać następujące dane:

Data urodzenia PESEL

Obywatelstwo
 polskie
 inne _____

dowód osobisty paszport karta pobytu

Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres korespondencyjny

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

Miejscowość

_____-_____
Kod pocztowy

Kraj

Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy*

Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko)

_____/_____/_____
Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy* (dotyczy: Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci)

Adres:

_____/_____/_____
Ulica Numer domu/lokalu Miejscowość

_____-_____
Kod pocztowy

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem/-am zgodnie z prawdą.

Data

Miejscowość

Podpis zgłaszającego roszczenie

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia w AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.

Prosimy przekazać do AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, Agentą, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja. **Dotyczy: Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci.**

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku dokumenty.

POBYT W SZPITALU Z INNEGO POWODU NIŻ NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę infor-

macyjną leczenia szpitalnego lub adresu placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem

- opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół powypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatka urzędowa z policji, protokół oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacja o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub postanowienie o umorzeniu postępowania)
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

POBYT NA ODDZIALE INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ (OIOM/OIT)

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- karta leczenia szpitalnego z informacją o pobycie na oddziale intensywnej opieki medycznej

POWAŻNE ZACHOROWANIE

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania
- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego)
- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia
- protokół policyjny lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania poważnego zachorowania Dziecka policja lub prokuratura prowadziły postępowanie

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia

- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego)

- dokumentację potwierdzającą wystąpienie szkody, niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Ubezpieczony ją posiada

- faktury, rachunki, do zapłaty których zobowiązany był Opiekun prawny Dziecka lub Dziecko

- oświadczenie sprawcy lub opiekuna prawnego Dziecka

ZŁAMANIA KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- dokumentację medyczną, potwierdzającą wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony lub Dziecko byli zarejestrowani, leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem

- protokół opisujący okoliczności zdarzenia

- akt urodzenia Dziecka, a jeżeli Dzieckiem jest wnuk Ubezpieczonego – również akt urodzenia rodzica Dziecka (będącego dzieckiem Ubezpieczonego), jeśli zgłoszenie dotyczy Dziecka

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia w AXA Życie TU S.A.

*Prosimy przekazać do AXA Życie TU S.A. oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, Agentą, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja. **Dotyczy: Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus.***

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku dokumenty.

ŚMIERĆ

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- opis okoliczności zdarzenia
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- kartę statystyczną do karty zgonu lub inny dokument potwierdzający przyczynę śmierci
- opis świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.), jeśli miały miejsce
- jeżeli zdarzenie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół powypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatkę urzędową z policji, protokół oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wynik postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie)

- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, a w przypadku braku jej posiadania – adresy tych placówek

- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych

- odpis prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, w przypadku gdy uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego, lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy uprawniony nie jest małżonkiem, Dzieckiem, rodzicem lub rodzeństwem Ubezpieczonego, natomiast jest spadkobiercą Ubezpieczonego

POWAŻNE ZACHOROWANIE

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

- dokumentację potwierdzającą wystąpienie Poważnego zachorowania

- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującą okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia

- protokół policyjny lub postanowienie z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania Poważnego zachorowania Ubezpieczonego policja lub prokuratura prowadziły postępowanie

**ROZPOZNANIE NOWOTWORU PRZEDINWAZYJNEGO/
ROZPOZNANIE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO**

Do zgłoszenia należy dotychczas:

- dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, potwierdzającą diagnozę lub Rozpozna-

nie nowotworu lub jego objawów, obejmującą okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, w tym wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego pierwsze rozpoznanie choroby nowotworowej, przeprowadzonego przez patomorfologa, albo potwierdzenie rozpoznania łagodnego guza mózgu

- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

Oświadczenia Ubezpieczonego / pełnoletniego Dziecka / Opiekuna prawnego Dziecka

Dotyczy: **Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakiet AntyRAK Plus**

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie (jeżeli nie jest jednocześnie Ubezpieczonym)

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, że nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne** Tak Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

 D D M M R R R R

Data _____ Miejscowość _____ Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie _____

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa, lub AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (Towarzystwo lub Towarzystwa) świadczące ochronę ubezpieczeniową zgodnie z moim wskazaniem we Wnioskopolisie moich lub mojego Dziecka w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu do celów związanych z obsługą zgłaszanego roszczenia. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Tak Nie

2. Ja niżej podpisany/-a zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną lub moim Dzieckiem w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.

3. Ja, niżej podpisany/-a, zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dla Klientów Providenta i wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub mojemu Dziecku w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci świadczeń zdrowotnych, o informacji lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji lub dokumentacji medycznej o stanie zdrowia obejmuje: (1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; (2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania; (3) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (4) przyczyny mojej śmierci. Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu świadczącemu ochronę ubezpieczeniową przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub mojemu Dziecku w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa świadczącego ochronę ubezpieczeniową oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Upoważniam Towarzystwo świadczące ochronę do zasięgania informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z moim lub mojego Dziecka w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa świadczącego ochronę ubezpieczeniową;

** Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków). Pełną definicję znajdziesz także w dokumencie „Definicja PEP” w Centrum Klienta na axa.pl.

- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem ubezpieczony ja lub moje Dziecko w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich lub mojego Dziecka w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci danych, w tym danych o stanie zdrowia.

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

Tak Nie

 D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego/ pełnoletniego Dziecka /
Opiekuna prawnego Dziecka

Pakiet Życie, Pakiet AntyRAK, Pakiet AntyRAK Plus

Prosimy o przestanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa

Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku:

Roszczenia Bancassurance

Pakiet Zdrowie, Pakiet Dziecko, Pakiet Dzieci

Prosimy o przestanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń
i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa

Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku:

Roszczenia Bancassurance

Do wypełnienia w przypadku złożenia wniosku o wypłatę roszczenia u Doradcy Klienta lub w oddziale Provident Polska S.A.

Oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości osoby składającej dokumenty na podstawie jej dokumentu tożsamości.

 D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Podpis osoby przyjmującej dokumentację