



Wniosek

o wypłatę świadczenia

Dotyczy: Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów Providenta

Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- śmierci
- poważnego zachorowania
- rozpoznania Nowotworu przedinwazyjnego
- rozpoznania Nowotworu złośliwego

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

Dane Ubezpieczonego

| | |
|---------|--|
| Imię | Nazwisko |
| PESEL | Seria i numer dowodu osobistego |
| | Obywatelstwo <input checked="" type="checkbox"/> polskie |
| | Numer Wnioskopisy |
| 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

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 zgłaszającego roszczenie, jeżeli inny niż Ubezpieczony

Imię _____ Nazwisko _____
Państwo urodzenia _____ +48 _____ Telefon komórkowy _____ +48 _____ Telefon stacjonarny _____

E-mail _____

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

D D M M R R R R R R _____ Obywatelstwo polskie inne _____
Data urodzenia _____ PESEL _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres korespondencyjny

_____ _____ _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Forma wypłaty świadczenia

Przelew bankowy*

Właściciel rachunku bankowego (imię i nazwisko) _____

Numer rachunku bankowego _____

Przekaz pocztowy*

Adres: _____

_____ _____ _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

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

D D M M R R R R R R _____
Data _____ Miejscowość _____ Podpis zgłaszającego roszczenie _____

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio notariusza, Agenta lub pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika placówki medycznej, z której pochodzi dokumentacja.

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 miało 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, obejmującą 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, obejmującej 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 dołączyć:

- 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 Rozpoznanie 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 potwierdzający pierwsze rozpoznanie choroby nowotworowej, przeprowadzonego przez patomorfologa, albo potwierdzenie rozpoznania łagodnego guza mózgu
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

Oświadczenia

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie (jeżeli nie jest jednocześnie Ubezpieczonym)

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej dostępny na www.axa.pl.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.**

Tak Nie

D D M M R R R R R R _____
Data _____ Miejscowość _____ Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie _____

Oświadczenia Ubezpieczonego

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (Towarzystwo), moich 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.

2. Ja niżej podpisany(a) zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy mnie leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.

Tak Nie

3. Ja, niżej podpisany(a), zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów Providenta i wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje 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 udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu***.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia***.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a 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 o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości***.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

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

Tak Nie

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Prosimy o przesłanie 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

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.

Data

Miejscowość

Podpis osoby przyjmującej dokumentację

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Zgodnie z definicją w ustawie 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).

*** Nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci.