



Administrator:

AXA
Ul. Prosta 68
00-838 Warszawa

Telefon: +48 22 306 24 28
Faks: +48 22 526 28 01
Email: Email: clp.pl@partners.axa

Poważne zachorowanie

Krok 1: Podstawowe informacje dotyczące zgłoszenia szkody oraz umowy ubezpieczenia

Rozumiemy trudną sytuację, jaką jest choroba, dlatego naszym celem jest przekazanie wszystkich niezbędnych informacji teraz, aby proces rozpatrywania Pana / Pani wniosku był przejrzysty i zrozumiały.

- Podczas zawierania umowy ubezpieczenia zostały Panu / Pani dostarczone Warunki Ubezpieczenia. Dokument ten określa warunki, które powinny zostać spełnione, aby świadczenie zostało wypłacone. Prosimy zapoznać się z zapisami zawartymi w ww. dokumencie.

Ważne informacje:

- Prosimy zgłosić szkodę tylko w przypadku, jeśli zdiagnozowano u Pana / Pani co najmniej jedną z chorób zdefiniowanych jako poważne zachorowanie w Warunkach Ubezpieczenia (udar mózgu, niewydolność nerek, nowotwór, chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych, zawał serca)

Krok 2: Wypełnienie formularza zgłoszenia szkody

Jak wypełnić formularz zgłoszenia szkody

- Prosimy upewnić się, czy wszystkie części formularza zostały wypełnione – aby decyzja została podjęta niezwłocznie niezbędne jest podanie wszystkich informacji, o które prosimy w formularzu
- Prosimy upewnić się, czy zostały dołączone wszystkie dokumenty zgodnie z listą znajdująca się poniżej
- Prosimy upewnić się, czy formularz został podpisany czytelnie (z datą podpisania)
- Prosimy upewnić się, czy w formularzu został podany aktualny adres do korespondencji.

Krok 3: Kompletowanie dokumentów

Prosimy o wypełnienie formularza oraz przesłanie dokumentów wymienionych poniżej, aby decyzja mogła zostać podjęta niezwłocznie:

- kopię dokumentacji medycznej rozpoznania i leczenia poważnego zachorowania, w tym zawierającej pierwszą diagnozę poważnego zachorowania lub podanie nazw i adresów placówek medycznych, w których choroba była rozpoznana oraz/lub leczona (dotyczy lekarza podstawowej opieki medycznej, lekarzy specjalistów, szpitali);
- w przypadku braku w/w dokumentów prosimy, aby lekarz prowadzący wypełnił formularz w części „Wypełnia Lekarz Prowadzący”;
- pisemne oświadczenie o źródle dochodów lub niezyskiwaniu dochodów w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego z datą i Pana / Pani czytelnym podpisem;

WAŻNE: Prosimy o upewnienie się, że wszystkie dokumenty zostały skompletowane. Przesłanie wszystkich dokumentów, o które prosimy wraz z uzupełnionym formularzem spowoduje rozpatrzenie szkody w możliwie najkrótszym terminie.

Krok 4: Co się stanie z formularzem wysłanym do AXA?

Po otrzymaniu poprawnie wypełnionego formularza oraz / lub kompletu dokumentów, roszczenie zostanie zarejestrowane i nadany zostanie unikalny numer, który będzie wskazywany w nagłówku każdej korespondencji. Prosimy o powoływanie się na ten numer w każdej kolejnej korespondencji kierowanej do AXA.

Na podstawie dostarczonej dokumentacji oraz Warunków Ubezpieczenia w ciągu siedmiu dni zostanie podjęta decyzja. Po tym okresie zostanie wysłany list z informacją o podjętej decyzji.

- W przypadku decyzji o wypłacie świadczenia pismo będzie zawierało informacje o wysokości świadczenia, rachunku bankowym, na jaki zostanie przekazane świadczenie oraz terminie wypłaty świadczenia.
- W przypadku decyzji odmownej pismo będzie zawierało informację o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia.

Jeśli dostarczona dokumentacja nie będzie wystarczająca do podjęcia decyzji, wyślemy pismo z informacją, jakie dodatkowe dokumenty są niezbędne do podjęcia decyzji. Konieczność gromadzenia dodatkowej dokumentacji może opóźnić termin podjęcia decyzji.

Następna strona zawiera informacje gdzie należy wysłać formularz

Gdzie należy wysłać formularz i dokumenty

Po wypełnieniu całego formularza oraz / lub skompletowaniu dodatkowej dokumentacji prosimy przesać całość dokumentów jedną z poniższych dróg:

Pocztą elektroniczną: Zeskanowany formularz oraz dodatkowe dokumenty prosimy wysłać na adres
clp.pl@partners.axa

Faxem na numer: +48 22 526 28 01

Pocztą na adres: **AXA**
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa

Prosimy zatrzymać kopię wniosku oraz oryginały przekazywanych dokumentów, w przypadku, gdyby były potrzebne w przyszłości.

Rozumiemy trudną sytuację, jaką jest choroba, dlatego naszym celem jest przekazanie wszystkich niezbędnych informacji teraz, aby proces rozpatrywania szkody był przejrzysty i zrozumiały.

Wszystkie informacje, o które pytamy w formularzu oraz dokumenty, o które prosimy pozwól nam podjąć decyzję niezwłocznie. Niekompletny formularz lub brak wymaganych przez nas dokumentów opóźni proces podjęcia decyzji. Może się jednak zdarzyć, że będziemy potrzebować dodatkowych dokumentów, w takim przypadku poprosimy Panią/Pana o uzupełnienie dokumentacji.

W czasie rozpatrywania roszczenia jest Pan / Pani zobowiązany/a do terminowego regulowania zobowiązań wynikających z umowy leasingu / pożyczki

Oświadczenie

- Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze.
- W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową i powstania roszczenia, zgodnie z art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej upoważniam Ubezpieczyciela, do uzyskania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i okoliczności, koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz wyrażam zgodę na udzielanie takich informacji Ubezpieczycielowi przez zakłady opieki zdrowotnej, lekarzy, grupowe praktyki lekarskie i innych ubezpieczycieli, a także przekazywanie tych informacji do Administratora działającego w imieniu Ubezpieczyciela, w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie i udostępnianie informacji, o których mowa w pkt poprzednim uprawnionym z umowy ubezpieczenia.
- Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (tekst jednolity Dz.U. z 2002 roku, nr 72, poz. 665) w celu realizacji umowy ubezpieczenia upoważniam Ubezpieczającego do przekazania Ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą bankową, a niezbędnych w procesie rozpatrywania roszczeń i wypłaty świadczeń, wynikających z postanowień zawartych w umowie o kartę kredytową/umowie kredytu.
- Zostałem/łam poinformowany/a, że spoczywa na mnie obowiązek zgromadzenia i przekazania Administratorowi wszystkich dokumentów i informacji niezbędnych do podjęcia decyzji w sprawie zgłaszanego przeze mnie roszczenia.
- Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ubezpieczyciela moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, w załącznikach do niego oraz innych danych uzyskanych w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz przekazywanie tych danych Administratorowi, w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonania Umowy Ubezpieczenia, a w szczególności ustalenia prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych wskazanych w pkt poprzednim przez Ubezpieczyciela i Administratora w celu i zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia spółkom powiązanym, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 września 2000 r. kodeks spółek handlowych (Dziennik Ustaw z 2000 r. nr 94 poz. 1037 z późn. zm.)
- Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że:
 - podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, jednakże dane te są niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia.
 - przysługuje mi w każdym czasie prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Czytelny podpis

Data:

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania badania satysfakcji klienta przez AXA Partners SA Oddział w Polsce.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od AXA Partners SA Oddział w Polsce korespondencji dotyczącej przeprowadzania badania satysfakcji klienta za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Informujemy, że administratorem danych osobowych jest AXA Partners S.A. Oddział w Polsce (część AXA). Podane przez Pana/ią dane będą przetwarzane przez ww. spółkę i podmioty z nią współpracujące w celu i zakresie niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia. Podanie danych jest dobrowolne. Przysługuje Panu/i prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

Czytelny podpis

Data

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Dane osobowe Ubezpieczonego

Imię:

PESEL:

Nazwisko:

Nr umowy/umów o kartę kredytową (dla Posiadaczy kart kredytowych):

Adres:

Nr umowy/umów Pożyczki (dla Kredytobiorców):

Nr wnioskopolisy:

Telefon:

Adres e-mail:

Dane osobowe zgłaszającego roszczenie w imieniu Ubezpieczonego

Imię:

Telefon:

Nazwisko:

E-mail:

Adres:

Relacja z Ubezpieczonym:

Dane o zdarzeniu ubezpieczeniowym

Źródło uzyskiwania dochodu w dniu wystąpienia zdarzenia:

Prosimy wpisać odpowiednio: umowa o pracę/ działalność gospodarcza/ stosunek służbowy/ kontrakt menadżerski/ brak zatrudnienia/ inne(prosimy wskazać jakie).....

Data wystąpienia zdarzenia (data diagnozy / wystąpienia poważnego zachorowania):

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Prosimy zaznaczyć, jakie zachorowanie jest przedmiotem zgłaszanego roszczenia:

- pierwszy w życiu zawał serca
- udar mózgu
- niewydolność nerek
- nowotwór (rak)
- chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych

Prosimy podać nazwy i adresy placówek medycznych, w których poważne zachorowanie było zdiagnozowane lub leczone:

PRZYCHODNIA
PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ

SZPITALE:

PORADNIE SPECJALISTYCZNE:

OŚWIADCZENIE LEKARZA – Wypełnia Lekarz Prowadzący (w przypadku braku wymaganej dokumentacji)

Imię i nazwisko
pacjenta:

Prosimy o zaznaczenie, które z poniższych zachorowań zostało u pacjenta zdiagnozowane:

- pierwszy w życiu pacjenta zawał serca;
- udar mózgu – ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych;
- nowotwór (rak) – guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek;
- niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
- chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych;
- W przypadku, gdy przedmiotem roszczenia jest nowotwór/ niewydolność nerek prosimy o wskazanie daty rozpoznania zachorowania oraz o podanie dat wizyt lekarskich, podczas których rozpoznawał(a) Pan(i) ww. zachorowanie u pacjenta:
 - W przypadku, gdy przedmiotem roszczenia jest zawał serca/ udar mózgu/ chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych prosimy o wskazanie, jakie choroby wyjściowe doprowadziły do powstania zachorowania oraz o podanie dat wizyt lekarskich, podczas których rozpoznawał(a) Pan(i) wymienione choroby u pacjenta:

⇒ Czy pacjent był hospitalizowany z powodu ww. zachorowania/ ww. chorób wyjściowych?

Tak Nie

⇒ Czy zachorowanie jest związane z chorobą leczoną lub stwierdzoną przez lekarza w okresie 24 miesięcy poprzedzających początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Tak Nie

⇒ Czy zachorowanie jest wynikiem nieprzebrzegania zaleceń lekarskich?

Tak Nie

⇒ Czy zachorowanie jest wynikiem poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób?

Tak Nie

Jeżeli odpowiedź brzmi „TAK” na którekolwiek z pytań wymienionych wyżej prosimy podać szczegóły:

Podpis
lekarza:

Data:

d	d	m	m	r	r
---	---	---	---	---	---

Pieczętka
lekarza: