



Wniosek

o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia na życie i od innych zdarzeń dla Klientów mBanku

- Zgłaszane roszczenie dotyczy*: śmierci Utraty pracy
 śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Poważnego zachorowania
 Pobytu w szpitalu Operacji medycznej

Prosimy wypełnić wniosek szczegółowo i czytelnie.

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko _____ Imię _____
PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____
Imię dowód osobisty
 paszport _____
 karta pobytu _____ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu) _____

Numer umowy Kredytu _____

Adres zamieszkania

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

Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

DDMMRRRR _____ Przyczyna zgonu / Utraty pracy / Poważnego zachorowania /
Data zgonu / Utraty pracy / Poważnego zachorowania / Operacji medycznej / Pobytu w szpitalu
Operacji medycznej / Pobytu w szpitalu choroba wypadek DDMMRRRR _____
Data wypadku, będącego przyczyną zgonu / Diagnozy choroby lub Poważnego zachorowania / Utraty pracy /
Operacji medycznej

Opis okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (wyczerpująco):

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?* Tak Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?* Tak Nie

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

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy zgonu)?* Tak Nie

Czy do śmierci / Utraty pracy / Poważnego zachorowania / Operacji medycznej / pobytu w Szpitalu** doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza?* Tak Nie

Czy do śmierci / Utraty pracy / Poważnego zachorowania / Operacji medycznej / Pobytu w szpitalu** doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?* Tak Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak”, prosimy o podanie dyscypliny sportowej: _____

Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?* Tak Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak”, należy podać sygnaturę akt sprawy: _____

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

Czy postępowanie zostało zakończone?* Tak Nie

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 00 52, www.axa.pl

Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859, Kapitał zakładowy: 444 440 000 zł – wpłacony w całości

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 05 00, www.axa.pl

Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 271543; NIP 107-00-06-155; Kapitał zakładowy: 107 912 677 zł – wpłacony w całości

Agent – mBank S.A., ul. Senatorska 18, 00-950 Warszawa, wpisany do Rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000025237, NIP 526-021-50-88, kapitał zakładowy (w całości wpłacony) wg stanu na 1.01.2018 r. wynosi 169 248 488 zł

Nazwa i adres placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się Ubezpieczony w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

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

Zgłaszający roszczenie

Ubezpieczony **inna osoba** (w przypadku wyboru tej opcji prosimy wypełnić poniższe pola)

Nazwisko _____ Imię _____
+48 _____ +48 _____ E-mail _____
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

Adres korespondencyjny

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

Wypłata świadczenia

- Do wysokości zobowiązania z tytułu umowy Kredytu uprawnionym do otrzymania świadczenia jest mBank S.A., ul. Senatorska 18, Warszawa.
- Wypłata świadczenia nastąpi na rachunek wskazany przez mBank S.A.

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego _____

_____ Numer rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego:

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

Przekaz pocztowy

Adres:

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

Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio: Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

ŚMIERĆ, ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia dołączono:

- odpis lub kopię skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego)
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.)
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kopię protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokołu BHP, protokołu policyjnego, notatki służbowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), kopię dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego

POBYT W SZPITALU

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokumentu potwierdzającego leczenie szpitalne, wydanych przez lekarza prowadzącego

- kopię historii Pobytu w szpitalu wraz z kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku
- kopię dokumentacji medycznej obejmującej okres sprzed dnia złożenia Wniosku o ubezpieczenie, mającej związek z Pobytem w szpitalu

POWAŻNE ZACHOROWANIE / OPERACJA MEDYCZNA

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania lub Operacji medycznej
- kopię dokumentacji medycznej obejmującej okres sprzed dnia złożenia Wniosku o ubezpieczenie, mającej związek z Poważnym zachorowaniem lub Operacją medyczną, które dotyczą zgłoszonego roszczenia

UTRATA PRACY

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię zaświadczenia lub kopię decyzji z urzędu pracy informujących o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku
- kopię świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy
- kopię ostatniej umowy o pracę, Kontraktu menedżerskiego lub zaświadczenia pracodawcy o nawiązaniu stosunku pracy wraz z oznaczeniem terminu, na który został zawarty
- w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia – dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, w którym przypada płatność świadczenia

Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez AXA Życie TU S.A. oraz AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., z siedzibami w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, do celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że AXA Życie TU S.A. oraz AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. są administratorami moich danych osobowych.

Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia mojego roszczenia, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych i prawo ich poprawiania oraz wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych.

Upoważniam AXA Życie TU S.A. oraz AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., z siedzibami w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, do zasięgania wszelkich informacji i kopii dokumentacji me-

dycznych dotyczących stanu mojego zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczylem(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 AXA Życie TU S.A. oraz AXA Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji i kopii dokumentacji o stanie mojego zdrowia, o które Towarzystwa będą zapytywały w związku z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia (dotyczy Ubezpieczonego).

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

lekarza, szpital, placówkę medyczną, właściwy ZUS, towarzystwo ubezpieczeniowe lub osobę, która posiada dane o moim stanie zdrowia, do udzielenia informacji i udostępnienia kopii dokumentacji związanych z przebytymi przeze mnie chorobami, pobytami w szpitalu, wynikami badań, poradami lub diagnozą medyczną oraz leczeniem. Wyrażam zgodę na przekazywanie AXA Życie TU S.A. oraz AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. 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 AXA Życie TU S.A. i AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Tak Nie

Podpis Ubezpieczonego

Oświadczam, że pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym, którego dotyczy roszczenie.

Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na (zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku):

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,
 otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego / osoby zgłaszającej roszczenie

Miejscowość

Data

Czytelny podpis poszkodowanego

Dane przyjmującego wniosek (o ile wniosek jest składany za pośrednictwem Banku)

Nazwisko

Imię

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

Prosimy przelać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

**AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. lub
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa**

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA**

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Prosimy skreślić niewłaściwe.