



więcej / niż standard

ubezpieczenia



## Wniosek

o wypłatę świadczenia z Terminowego Ubezpieczenia na Życie 24h

- Zgłaszane roszczenie dotyczy:  śmierci  
 śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku  
 śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PESEL

### Adres

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Mięscowość \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

DDMMRRRR  
Data zgonu

Przyczyna zgonu\*:

- choroba  wypadek

DDMMRRRR  
Data wypadku, będącego przyczyną zgonu

Okoliczności i miejsce zgonu/wypadku (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?\*  Tak  Nie

Czy w związku ze śmiercią/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:  
\_\_\_\_\_

Czy postępowanie zostało zakończone?\*  Tak  Nie

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

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

+48 \_\_\_\_\_ +48 \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny E-mail

## Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

## Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania)

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Jeżeli zgłaszający jest Uposażonym/Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należy również podać następujące dane:

DDMMRRRR \_\_\_\_\_ Obywatelstwo  
Data urodzenia PESEL  polskie  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości  dowód osobisty  paszport  karta pobytu \_\_\_\_\_  
Państwo urodzenia \_\_\_\_\_

## Forma wypłaty świadczenia\*

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 wymienione poniżej dokumenty w postaci oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela AXA, lub przedstawiciela mBanku S.A. bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

ŚMIERĆ

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci
- 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 dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego

ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU,  
ŚMIERĆ W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Do zgłoszenia dołączono:

- opis okoliczności zdarzenia
- kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- 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 protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania)
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego

AXA może prosić zgłaszającego roszczenie o przedstawienie innych dokumentów, niewymienionych powyżej, jeżeli te dokumenty będą niezbędne do ustalenia odpowiedzialności AXA lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

## Oświadczenie Uprawnionego/Uposażonego do odbioru świadczenia

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne\*\*:

Tak  Nie

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli oświadczenie zostało zaznaczone na „Tak”, Uprawniony/Uposażony wypełnia dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej zgodnie z instrukcją zamieszczoną na formularzu.

## Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie

Oświadczam, że udostępniono mi Informacje o przetwarzaniu danych osobowych.

Tak  Nie

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.

DDMMRRRR \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

**Dane przyjmującego wniosek (o ile wniosek jest składany za pośrednictwem banku)**

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

                              
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

Prosimy przesłać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Bancassurance**

\* Prosimy zaznaczyć właściwe.

\*\* Klient składa oświadczenie 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).

## Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
2. Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
  - wykonania umowy ubezpieczenia, w tym np. rozpatrzenia roszczenia z umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a w zakresie, w jakim do wykonania umowy ubezpieczenia niezbędne jest przetwarzanie Państwa danych osobowych o stanie zdrowia (tzw. szczególne kategorie danych osobowych lub dane wrażliwe) – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta zgoda została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
  - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązków prawnego ciężącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
  - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
  - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę AXA.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem rozpatrzenia roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność oceny zasadności roszczenia.
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
  - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
  - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
  - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.
5. AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
  - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
  - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
6. Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).  
Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie [axa.pl](http://axa.pl).
7. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych\*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
9. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: [inspektor@axa.pl](mailto:inspektor@axa.pl)\*



### Ważne:

Treści oznaczone (\*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r. bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływana powyżej jako Ustawa.