



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 _____ Mijscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

Data zgonu

Przyczyna zgonu*:

- choroba wypadek

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 _____
Telefon komórkowy

+48 _____
Telefon stacjonarny

Adres zamieszkania

Adres korespondencyjny

Adres e-mail

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 Uprawniionych do otrzymania świadczenia
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy Uprawniiony 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 Uprawniionych do otrzymania świadczenia
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy Uprawniiony 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

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Życie TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje 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 o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej 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 AXA Życie TU S.A. Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Tak Nie

Podpis Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na przekazywanie AXA Życie TU 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. oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam AXA Życie TU S.A. do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności AXA Życie TU S.A.;
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w których złożony został 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 uprawniionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

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

Tak Nie

Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie osoby zgłaszającej roszczenie

Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że AXA Życie TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 jest administratorem 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.

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*:

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

Miejscowość

Data

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

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**