



więcej / niż standard

ubezpieczenia



## Wniosek

o wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia spłaty karty/spłaty karty Plus dla Klientów mBanku S.A.

- Zgłaszane roszczenie dotyczy:  śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku  
 całkowitej niezdolności do pracy  
 czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku  
 czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzonej zwolnieniem lekarskim

Prosimy wypełnić wniosek szczegółowo i czytelnie.

9000035/9000079/9000085\*

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
 PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Numer umowy kredytu \_\_\_\_\_

### Adres

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

### Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

                                                          
 Data zdarzenia ubezpieczeniowego

Przyczyna zdarzenia ubezpieczeniowego\*:

- choroba  wypadek

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 (dotyczy zgonu)?\*  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 leczyl się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

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

## Zgłaszający roszczenie\*

Ubezpieczony  inna osoba (w przypadku wyboru tej opcji prosimy o wypełnienie danych poniżej)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
+48 \_\_\_\_\_ +48 \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny Adres e-mail \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

## Wypłata świadczenia

\_\_\_\_\_  
Numer rachunku bankowego, na który należy wypłacić świadczenie

### Dane właściciela rachunku bankowego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_

## Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów potwierdzonych 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 W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- numer Karty wraz z imieniem i nazwiskiem Posiadacza karty
- zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odpowiednie władze
- protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół policyjny), dokumentację postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienie prokuratury, wyrok sądu)

### CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania całkowitej niezdolności do pracy, określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy
- dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę całkowitej niezdolności do pracy

### CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY SPOWODOWANA POBYTEM W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza
- zaświadczenie mBanku o minimalnej kwocie spłaty Karty Ubezpieczonego
- historię pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub nieszczęśliwego wypadku
- w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym – notatkę policji z zajścia wypadku

### CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W WYNIKU CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU POTWIERDZONA ZWOLNIENIEM LEKARSKIM

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- kopię zwolnienia lekarskiego potwierdzającego czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego poświadczoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę, Ubezpieczającego lub inne władze
- dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, związaną ze zwolnieniem

## Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, moich danych osobowych, w celu związanym z rozpatrzeniem roszczenia z tytułu zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego. 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 (**dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe**).
2. Upoważniam AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, do zasięgnięcia wszelkich informacji i kopii dokumentacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(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 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 Towarzystwo będzie zapytywało w związku z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia (**dotyczy Ubezpieczonego**).
3. 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 Ubezpieczenia TUiR S.A. przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczących, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypad-

kiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności 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 \_\_\_\_\_

4. Administratorem danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Chłodna 51. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Umowy ubezpieczenia. Podanie danych jest dobrowolne. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.
5. Oświadczam, że pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym, którego dotyczy roszczenie (**dotyczy Posiadacza rachunku**).
6. 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.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, moich danych osobowych w celu związanym z likwidacją zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego (**dotyczy osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe**).

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 SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Czytelny podpis Ubezpieczonego/osoby zgłaszającej roszczenie

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

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

W przypadku zgłoszenia roszczenia prosimy przelać komplet dokumentów na adres:

AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa lub e-mail: likwidacjaszkod@axaubezpieczenia.pl

W razie pytań prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem Infolinii 22 459 10 00

\* prosimy zaznaczyć właściwe