



więcej / niż standard

ubezpieczenia

## Wniosek

o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia Pakiet Odpowiedzialni

### Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy\*:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ubezpieczonego Głównego | <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci   |
| <input type="checkbox"/> Współmałżonka           | <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku           |
| <input type="checkbox"/> Dziecka                 | <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego           |
|  | <input type="checkbox"/> z tytułu złamania kości w następstwie nieszczęśliwego wypadku    |
|  | <input type="checkbox"/> z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku |

Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie.

### Dane Ubezpieczonego Głównego / Współmałżonka / Dziecka\*\*

Nazwisko	Imię/Imiona
_____	_____
PESEL	Data urodzenia
_____	_____

### Dane dotyczące śmierci/wypadku

Data śmierci/wypadku	Przyczyna i okoliczności śmierci/wypadku:
_____	_____

- |   |   |
|---|---|
| 1. Czy Ubezpieczony Główny/Współmałżonek/Dziecko w chwili wypadku prowadził(o) pojazd mechaniczny?*         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Czy Ubezpieczony Główny/Współmałżonek/Dziecko w chwili wypadku znajdował(o) się pod wpływem alkoholu?*   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*                  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy śmierci)?*   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?*                                      | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: _____   |   |
| 6. Czy Ubezpieczony Główny, Współmałżonek, którego dotyczy roszczenie, nabył prawo do emerytury lub renty?* | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeśli tak, kiedy Ubezpieczony Główny, Współmałżonek nabył prawo do emerytury lub renty? _____               |   |

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

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 7. Czy zostało zakończone leczenie?* | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|--------------------------------------|---|

Nazwa i adres placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się Ubezpieczony Główny/Współmałżonek/Dziecko w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczył się Ubezpieczony Główny/Współmałżonek/Dziecko:

\* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole  
\*\* niepotrzebne skreślić

## Dane zgłaszającego roszczenie

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
Tytuł prawny do otrzymania świadczenia (Ubezpieczony Główny, Uposażony, spadkobierca – wybierz właściwe) \_\_\_\_\_ +48 \_\_\_\_\_ +48 \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy \_\_\_\_\_ Telefon stacjonarny \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Adres zameldowania

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

### Adres korespondencyjny

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

### Forma wypłaty świadczenia\*

Przelew bankowy

\_\_\_\_\_ Właściciel rachunku bankowego

\_\_\_\_\_ Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres:

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

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Podpis osoby zgłaszającej roszczenie \_\_\_\_\_

### Wykaz dokumentów, których kopie lub oryginały należy dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia

*Kopie dokumentów powinny zostać poświadczane za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela AXA. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony Główny, Współmałżonek lub Dziecko byli zarejestrowani i leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.*

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

#### ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO

- kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego Głównego
- kopia karty statystycznej do karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci
- kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych
- kopia odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy osobą uprawnioną jest spadkobierca

#### POBYT W SZPITALU UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO / WSPÓŁMAŁŻONKA / DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- kopia dokumentacji potwierdzająca wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karta informacyjna leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony Główny, Współmałżonek lub Dziecko byli zarejestrowani i leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem
- kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego Głównego oraz Współmałżonka lub Dziecka, jeśli zdarzenie dotyczy Współmałżonka lub Dziecka
- kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego Głównego i Współmałżonka (dotyczy roszczeń z tytułu Pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Współmałżonka)
- kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka (dotyczy roszczeń z tytułu Pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Dziecka)

#### ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO / WSPÓŁMAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU / WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

- opis okoliczności zdarzenia i – o ile zostały sporządzone – protokół powypadkowy sporządzony przez Komisję BHP, notatka urzędowa z policji, protokół oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wynik postanowienia z prokuratury w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie
- kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego Głównego / Współmałżonka

- kopia karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci
- kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych
- kopia odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy osobą uprawnioną jest spadkobierca
- kopia opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.)
- ZŁAMANIE KOŚCI UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO / WSPÓŁMAŁŻONKA / DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
- kopia dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony Główny/Współmałżonek/Dziecko byli zarejestrowani i leczeni w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- opis okoliczności zdarzenia
- kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego Głównego oraz Współmałżonka/Dziecka, jeżeli zdarzenie dotyczy Współmałżonka/Dziecka
- kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa (dotyczy roszczeń z tytułu złamania kości Współmałżonka)
- kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (dotyczy roszczeń z tytułu złamania kości Dziecka)

\* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

## Oświadczenia

Ja niżej podpisany(a) zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia i zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy leczyli i opiekowali się mną/ moim Dzieckiem\*\*, 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 zdrowiu, do udzielenia informacji i udostępniania kopii dokumentacji związanych z przebytymi przeze mnie chorobami, pobytami w szpitalu, poradami lub diagnozą medyczną oraz leczeniem\*\*\*.

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez AXA Życie TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, dla celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że AXA Życie TU S.A. jest administratorem moich danych osobowych.

Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie

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 zdrowiu, do udzielenia informacji i udostępniania kopii dokumentacji związanych z przebytymi przeze mnie chorobami, pobytami w szpitalu, poradami lub diagnozą medyczną oraz leczeniem.

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Podpis Współmałżonka/pełnoletniego Dziecka

Prosimy przesłać druk zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

**AXA Życie TU S.A.**  
**ul. Chłodna 51**  
**00-867 Warszawa**

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Roszczenie Bancassurance**