



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Zgłoś zdarzenie przez
www.axa.pl/zdarzenie



Decyzję otrzymasz
nawet w 24 h



Status zgłoszenia
sprawdzisz online

Kod dokumentu: 176_0618

Wniosek

o wypłatę świadczenia z tytułu¹

Śmierci rodzica

rodzica współmałżonka Ubezpieczonego

Śmierci w następstwie NW rodzica

rodzica współmałżonka Ubezpieczonego

Dane polisy

Numer polisy

Dane Ubezpieczonego (Uprawnionego)

Nazwisko

Imię, imiona

Data urodzenia

PESEL

Państwo urodzenia

Płeć kobieta mężczyzna

Obywatelstwo polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

Seria i numer dokumentu tożsamości

dowód osobisty paszport karta pobytu

Data ważności dokumentu

Telefon stacjonarny komórkowy Godziny kontaktu _____ E-mail _____

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.² Uprawniony: Tak Nie

Dane dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia

Dotyczy świadczenia z tytułu śmierci

Przyczyna śmierci¹ choroba nieszczęśliwy wypadek

Okoliczności, miejsce i przyczyna śmierci (wyczerpująco):

Czy zmarły w chwili śmierci znajdował się pod wpływem alkoholu?³ Tak Nie

Czy w związku z wypadkiem policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?³ Tak Nie

Jeżeli tak, należy dołączyć właściwą dokumentację.

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego(ych) postępowanie wyjaśniające:

Forma wypłaty świadczenia⁴

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres _____

Oświadczenia

1. Oświadczam, iż powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz że przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami. Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych AXA Życie TU S.A. może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym. Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie lub przerobienie dokumentu lub posłużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest występkiem w rozumieniu kodeksu karnego.

_____ D D M M R R R R _____
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

2. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Polska S.A. i AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibami w Warszawie, na podany przeze mnie powyżej numer telefonu w formie wiadomości SMS oraz elektronicznie na podany adres e-mail. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

_____ D D M M R R R R _____
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

3. Wnoszę o przesyłanie mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany w niniejszym wniosku adres e-mail.

Tak Nie

4. Jako rodzic dziecka wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i o nalogach, przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie, w celu likwidacji zgłoszonej szkody.

Tak Nie

_____ D D M M R R R R _____
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

5. Oświadczam, że otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Tak Nie

_____ D D M M R R R R _____
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie (w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci/śmierci w następstwie NW rodzica współmałżonka)

My niżej podpisani oświadczamy, że pozostawaliśmy w ważnym związku małżeńskim w chwili zajścia śmierci rodzica współmałżonka.

_____ D D M M R R R R _____
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

_____ Podpis współmałżonka Ubezpieczonego

Dokumenty, które należy dołączyć do wypełnionego wniosku w celu rozpatrzenia zasadności roszczenia

Śmierć/śmierć w następstwie NW rodzica Ubezpieczonego

- odpis skrócony aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- w przypadku zgonu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu wypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
w przypadku zdarzenia dotyczącego rodzica niebiologicznego, dodatkowo:
 - postanowienie sądu rodzinnego o sprawowaniu władzy rodzicielskiej nad Ubezpieczonym
- **w przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu macochy/ojczyma, dodatkowo:**
 - odpis skrócony aktu małżeństwa zmarłej macochy/ojczyma

Śmierć/śmierć w następstwie NW rodzica współmałżonka Ubezpieczonego

- odpis skrócony aktu zgonu rodzica współmałżonka Ubezpieczonego
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

- aktualny akt małżeństwa (tzn. wydany nie wcześniej niż na 3 miesiące przed złożeniem wniosku o wypłatę świadczenia); jeśli akt małżeństwa nie jest aktualny, dodatkowo prosimy o dostarczenie oświadczenia małżonków o pozostawaniu w ważnym związku małżeńskim
- w przypadku zgonu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu wypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)
w przypadku zdarzenia dotyczącego niebiologicznego rodzica współmałżonka, dodatkowo:
 - postanowienie sądu rodzinnego o sprawowaniu władzy rodzicielskiej nad współmałżonkiem Ubezpieczonego
- **w przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu macochy/ojczyma współmałżonka Ubezpieczonego, dodatkowo:**
 - odpis skrócony aktu małżeństwa zmarłej macochy/ojczyma współmałżonka Ubezpieczonego

Ważne informacje

1. Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kopii.
2. Kopie dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia powinny mieć poświadczoną zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną (osobą uprawnioną jest: pracownik z grupy AXA, pracownik urzędu stanu cywilnego, notariusz lub osoba posiadająca stosowne umocowanie, np. osoba administrująca z ramienia Ubezpieczającego). **W przypadku podpisania oświadczenia dotyczącego poświadczenia zgodności dokumentacji z oryginałem, zawarte w treści wniosku, nie ma konieczności dodatkowego poświadczenia dokumentów przez osobę do tego uprawnioną.**
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W przypadku gdy jest to niezbędne, AXA Życie TU S.A. ma prawo wymagać od Ubezpieczonego/Uprawnionego/Uposażonego dodatkowej dokumentacji, oprócz wskazanej we wniosku.

Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku ubezpieczeniowym oraz oświadczam, iż dokonałem(am) weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

Imię i nazwisko _____

_____ Numer wewnętrzny/RAU

_____ D D M M R R R R _____
Data

Podpis
Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

2. 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).

3. Prosimy wypełnić w przypadku śmierci w następstwie NW.