



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia*

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner | <input type="checkbox"/> dziecko |
| <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci w wyniku NW przy pracy | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | | |
| <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci w wyniku NW | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner | <input type="checkbox"/> dziecko |
| <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci w wyniku zawału lub udaru | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner | |
| <input type="checkbox"/> z tytułu śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner | |
| <input type="checkbox"/> z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony | | |

Część A – wypełnia Uprawniony/Uposażony

Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego¹

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko, imię

PESEL

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego

Data zgonu

Przyczyna zgonu²

choroba

nieszczęśliwy wypadek

wypadek komunikacyjny

zawał/udar

nieszczęśliwy wypadek w pracy

Okoliczności i miejsce zgonu (wyczerpująco)

Ubezpieczony w chwili wypadku komunikacyjnego²

pieszy

rowerzysta

pasażer pojazdu silnikowego

kierujący pojazdem silnikowym

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?²

Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Tak

Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?²

Tak

Nie

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?²

Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Tak

Nie

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

Dane Ubezpieczonego/Uposażonego do odbioru świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko	Imię, imiona		
<input type="text" value="D D M M R R R R"/> Data urodzenia	<input type="text" value="PESEL"/>	<input type="text"/> Państwo urodzenia	Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)			Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą
<input type="text"/> Seria i numer dokumentu tożsamości	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	<input type="text" value="D D M M R R R R"/> Data ważności dokumentu	
<input type="text"/> Telefon	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> komórkowy	Godziny kontaktu	E-mail

Adres zamieszkania

<input type="text"/> Ulica	<input "="" type="text" value=""/> Numer domu/lokalu	<input type="text"/> Miejscowość	<input type="text" value=""/> Kod pocztowy	<input type="text"/> Kraj
-------------------------------	---	-------------------------------------	---	------------------------------

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

<input type="text"/> Ulica	<input "="" type="text" value=""/> Numer domu/lokalu	<input type="text"/> Miejscowość	<input type="text" value=""/> Kod pocztowy	<input type="text"/> 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.³

Uprawniony: Tak Nie

Forma wypłaty świadczenia²

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam, że otrzymałem/-am informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

<input type="text"/> Miejscowość	<input type="text" value="D D M M R R R R"/> Data	<input type="text"/> Podpis Uprawnionego/Uposażonego
-------------------------------------	--	---

Oświadczenie

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

Oświadczam, że otrzymałem/-am informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

<input type="text"/> Miejscowość	<input type="text" value="D D M M R R R R"/> Data	<input type="text"/> Podpis Uprawnionego/Uposażonego
-------------------------------------	--	---

Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia z tytułu osierocenia dziecka

Nazwisko	Imię, imiona		
<input type="text" value="D D M M R R R R"/> Data urodzenia	<input type="text" value="PESEL"/>	<input type="text"/> Państwo urodzenia	Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)			Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą
<input type="text"/> Seria i numer dokumentu tożsamości	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	<input type="text" value="D D M M R R R R"/> Data ważności dokumentu	
<input type="text"/> Telefon	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> komórkowy	Godziny kontaktu	E-mail

Forma wypłaty świadczenia²

Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam, że otrzymałem/-am informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Miejscowość _____ Data DDMMRRRR _____ Podpis Uprawnionego/Uposażonego

Oświadczenie⁴

Oświadczam, że ja niżej podpisany(a) legitymujący(a) się dowodem osobistym

Seria i numer dowodu osobistego _____ PESEL _____ Państwo urodzenia _____

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

jestem prawnym opiekunem małoletniego dziecka. Ponadto oświadczam, że otrzymałem/-am informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Nazwisko, imię _____

Miejscowość _____ Data DDMMRRRR _____ Podpis opiekuna prawnego dziecka

Część B – wypełnia Ubezpieczający¹

Nazwa zakładu pracy _____

Adres zakładu pracy _____

Potwierdza się, że Ubezpieczony _____

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

był(a) objęty(a) grupowym ubezpieczeniem w AXA Życie Towarzystwie Ubezpieczeń S.A. w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

DDMMRRRR
Data zatrudnienia ubezpieczonego
pracownika

DDMMRRRR
Data ustania zatrudnienia
ubezpieczonego pracownika

DDMMRRRR
Data opłacenia ostatniej składki

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku oraz oświadczam, że dokonałem/-am weryfikacji tożsamości uprawnionego na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

Miejscowość _____ Data DDMMRRRR _____ Pieczęć zakładu pracy _____ Podpis osoby obsługującej _____

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Śmierć Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych
- kserokopia postanowienia sądu w sprawie podziału spadku lub kserokopia aktu poświadczenia dziedziczenia sporządzonego przez notariusza (w przypadku niewskazania uposażonych przez Ubezpieczonego)
- kserokopia postanowienia sądu rodzinnego o wyrażeniu zgody na rozporządzanie majątkiem małoletniego dziecka, o ile kwota świadczenia przekracza 10 000 zł
- kserokopia świadectwa pracy

Śmierć Ubezpieczonego w następstwie NW, w następstwie NW przy pracy, w następstwie wypadku komunikacyjnego,

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- protokół powypadkowy sporządzony np. przez komisję BHP w zakładzie pracy lub protokół policyjny, protokół z sekcji zwłok (jeżeli była przeprowadzona), postanowienie prokuratury lub sądu prowadzących postępowanie wyjaśniające
- kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych
- kserokopia świadectwa pracy

Ważna informacja

- Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.
- Kserokopie dokumentów niezbędne do wypłaty świadczenia powinny mieć poświadczoną zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną (osobą uprawnioną jest: pracownik AXA, pracownik urzędu stanu cywilnego, notariusz lub osoba posiadająca stosowne umocowanie, np. osoba administrująca z ramienia Ubezpieczającego).
- Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

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

DDMMRRRR
Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

1. Nie dotyczy ubezpieczeń indywidualnych.

2. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

3. 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).

4. Dotyczy roszczenia z tytułu osierocenia dziecka w przypadku, gdy dziecko jest małoletnie.



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Oświadczenie

dotyczące potwierdzania dokumentów

Niniejszym, ja

Imię i nazwisko

PESEL

oświadczam, iż przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam.

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 świetle kodeksu karnego.

Miejscowość

 D D M M R R R R
Data

Podpis składającego oświadczenie