



więcej / niż standard

ubezpieczenia

## Wniosek

o wypłatę świadczenia\*

- ☐ z tytułu śmierci Ubezpieczonego
- ☐ z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy
- ☐ z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW
- ☐ z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru
- ☐ z tytułu śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego
- ☐ z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego poza granicami RP
- ☐ z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego

### Część A – wypełnia Uprawniony/Uposażony

#### Dane polisy

Polisa nr

Nazwa Ubezpieczającego

#### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko, imię

PESEL

Seria i numer dokumentu tożsamości

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

#### Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego

Data zgonu

Przyczyna zgonu\*

D D M M R R R R

☐ choroba

☐ nieszczęśliwy wypadek

☐ wypadek komunikacyjny

☐ zawał/udar

☐ nieszczęśliwy wypadek w pracy

Okoliczności i miejsce zgonu (wyczerpująco)

Ubezpieczony w chwili wypadku komunikacyjnego\*

☐ pieszy

☐ rowerzysta

☐ pasażer pojazdu silnikowego

☐ kierujący pojazdem silnikowym

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?\*

Tak ☐

Nie ☐

Jeżeli tak, należy dołączyć jej wynik.

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?\*

Tak ☐

Nie ☐

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

Tak ☐

Nie ☐

Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

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

## Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwisko                                                                                                                                         | Imię                                                                                                                                                   |
| <div><div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>R</div><div>R</div><div>R</div><div>R</div></div></div> <div>Data urodzenia</div> | Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą                                                                                                                   |
| Miejscowość                                                                                                                                      | <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Kod pocztowy</div></div>                                                              |
| Ulica i numer domu                                                                                                                               | <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Telefon</div></div> |

## Forma wypłaty świadczenia\*

☐ Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

☐ Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

|             |                                                                                                                                        |                                 |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Miejscowość | <div><div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>R</div><div>R</div><div>R</div><div>R</div></div></div> <div>Data</div> | Podpis Uprawnionego/Uposażonego |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|

## Beneficjent rzeczywisty

- ☐ osoba fizyczna będąca właścicielem osoby prawnej uprawnionej do otrzymania środków
- ☐ osoba fizyczna posiadająca więcej niż 25% udziałów/akcji/głosów w zgromadzeniu wspólników w osobie prawnej uprawnionej do otrzymania środków (np. udziałowiec posiadający więcej niż 25% udziałów w danej spółce)

|                    |                                                                                                                                                      |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwisko, imię     | <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>PESEL</div></div> |
| Ulica i numer domu | <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Kod pocztowy</div></div> <div>Miejscowość</div>                                     |

## Oświadczenie

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, za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu. Decyzja o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów zostanie przekazana wnioskodawcy również na piśmie.

|             |                                                                                                                                        |                                 |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Miejscowość | <div><div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>R</div><div>R</div><div>R</div><div>R</div></div></div> <div>Data</div> | Podpis Uprawnionego/Uposażonego |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|

## Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia z tytułu osierocenia dziecka

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwisko                                                                                                                                         | Imię                                                                                                                                                   |
| <div><div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>R</div><div>R</div><div>R</div><div>R</div></div></div> <div>Data urodzenia</div> | Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą                                                                                                                   |
| Miejscowość                                                                                                                                      | <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Kod pocztowy</div></div>                                                              |
| Ulica i numer domu                                                                                                                               | <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Telefon</div></div> |

## Forma wypłaty świadczenia \*

☐ Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

☐ Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

Data

Podpis Uprawnionego/Uposażonego

### Beneficjent rzeczywisty

- ☐ osoba fizyczna będąca właścicielem osoby prawnej uprawnionej do otrzymania środków
- ☐ osoba fizyczna posiadająca więcej niż 25% udziałów/akcji/głosów w zgromadzeniu wspólników w osobie prawnej uprawnionej do otrzymania środków (np. udziałowiec posiadający więcej niż 25% udziałów w danej spółce)

Nazwisko, imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

### Oświadczenie\*\*

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

Seria i numer dowodu osobistego

PESEL

jestem prawnym opiekunem małoletniego dziecka.

Imię i nazwisko

Miejscowość

Data

Podpis opiekuna prawnego dziecka

### Część B – wypełnia Ubezpieczający

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.

Data zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

Data ustania zatrudnienia ubezpieczonego pracownika

Data opłacenia ostatniej składki

Miejscowość

Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

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

**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

**Śmierć Ubezpieczonego w następstwie NW, w następstwie NW przy pracy, w następstwie wypadku komunikacyjnego, w następstwie wypadku komunikacyjnego poza granicami RP**

- 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

**Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- dokumentacja medyczna, potwierdzająca oraz określająca czas wystąpienia choroby, na skutek której nastąpiła śmierć, z okresu ostatniego miesiąca życia Ubezpieczonego (karta leczenia szpitalnego, historia choroby, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, ewentualnie kserokopia protokołu autopsji, wyniki badań) – w przypadku gdy statystyczna karta zgonu nie potwierdza jednoznacznie zawału lub udaru
- kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych

**Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego**

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub orzeczenie sądu rodzinnego przyznające władzę rodzicielską nad dzieckiem (orzeczenie sądu rodzinnego nie dotyczy rodziców biologicznych)
- kserokopia dowodu osobistego dziecka lub – gdy dziecko jest osobą niepełnoletnią – ksero dowodu opiekuna prawnego

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).

Dodatkowo, kserokopie dokumentów sporządzone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.