



więcej / niż standard

ubezpieczenia

## Wniosek

o wypłatę świadczenia z tytułu\*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> urodzenie się dziecka                       | <input type="checkbox"/> śmierci rodzica                            |
| <input type="checkbox"/> urodzenie się dziecka wymagającego leczenia | <input type="checkbox"/> śmierci rodzica w wyniku NW                |
| <input type="checkbox"/> urodzenie się martwego noworodka            | <input type="checkbox"/> śmierci rodzica współmałżonka              |
| <input type="checkbox"/> śmierci dziecka                             | <input type="checkbox"/> śmierci rodzica współmałżonka w wyniku NW  |
| <input type="checkbox"/> śmierci dziecka w wyniku NW                 | <input type="checkbox"/> śmierci współmałżonka/partnera             |
|  | <input type="checkbox"/> śmierci współmałżonka/partnera w wyniku NW |

### Część A – wypełnia Ubezpieczony

#### Dane polisy

\_\_\_\_\_  
Polisa nr

\_\_\_\_\_  
Nazwa Ubezpieczającego

#### Dane Ubezpieczonego

\_\_\_\_\_  
Nazwisko, imię

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Ulica i numer domu

\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Telefon stacjonarny

\_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy

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

#### Dane dotyczące zdarzenia

\_\_\_\_\_  
Data zdarzenia

\_\_\_\_\_  
D D M M R R R R

Dotyczy opcji śmierci

Przyczyna zgonu\*

choroba

nieszczęśliwy wypadek

\_\_\_\_\_  
Okoliczności, miejsce i przyczyna zgonu (wyczerpująco)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy zmarły w chwili śmierci znajdował się pod wpływem alkoholu?\*\*\*

Tak

Nie

Czy w związku z wypadkiem policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające? \*\*  
Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Tak

Nie

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

### 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 zgrupowaniu 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

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

Data

Podpis Ubezpieczonego

### Oświadczenie\*\*\*

My niżej podpisani oświadczamy, że pozostawaliśmy w ważnym związku małżeńskim w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego

Podpis małżonka Ubezpieczonego

### 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.

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

\*\* Prosimy wypełnić w przypadku zgonu w wyniku NW.

\*\*\* Prosimy wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci rodzica współmałżonka.

DDMMRRRR

Data zatrudnienia  
ubezpieczonego pracownika

DDMMRRRR

Data ustania zatrudnienia  
ubezpieczonego pracownika

DDMMRRRR

Data opłacenia ostatniej składki

DDMMRRRR

Miejscowość

Data

Pieczętka zakładu pracy

Podpis osoby obsługującej

### Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

#### Urodzenie się dziecka Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

#### Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonego wymagającego leczenia
- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia porodu
- wyniki badań biochemicznych lub okresowych po upływie 3 miesięcy od daty urodzenia (dziecko z wadą wrodzoną)
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia zawierająca opis stanu zdrowia po upływie 2 tygodni od dnia porodu (wcześniak)
- kserokopia książeczki zdrowia dziecka z wpisanym pomiarem w skali Apgar po urodzeniu dziecka

#### Urodzenie się martwego noworodka Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia się martwego noworodka
- akt urodzenia się martwego noworodka
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- karta informacyjna leczenia szpitalnego

#### Śmierć dziecka Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu dziecka Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- w przypadku zgonu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)

#### Śmierć rodzica Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- w przypadku zgonu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – dokumentacja potwierdzająca nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)

#### W przypadku zdarzenia dotyczącego rodzica niebiologicznego, dodatkowo:

- odpis skrócony aktu zgonu rodzica biologicznego
- postanowienie sądu rodzinnego o sprawowaniu władzy rodzicielskiej nad Ubezpieczonym

#### W przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu macochy, ojczyma:

- odpis skrócony aktu zgonu rodzica biologicznego
- odpis skrócony aktu małżeństwa zmarłej macochy/ojczyma

#### Śmierć rodzica współmałżonka Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica współmałżonka Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu zgonu rodzica współmałżonka Ubezpieczonego
- kserokopia 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 powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku itp.)

#### W przypadku zdarzenia dotyczącego niebiologicznego rodzica współmałżonka, dodatkowo:

- odpis skrócony aktu zgonu rodzica biologicznego współmałżonka
- postanowienie sądu rodzinnego o sprawowaniu władzy rodzicielskiej nad współmałżonkiem Ubezpieczonego

#### W przypadku zdarzenia dotyczącego zgonu macochy/ojczyma współmałżonka Ubezpieczonego:

- odpis skrócony aktu zgonu rodzica biologicznego współmałżonka Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu małżeństwa zmarłej macochy/ojczyma współmałżonka Ubezpieczonego

#### Śmierć współmałżonka/partnera Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- odpis skrócony aktu zgonu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego (wystawionego po dacie zdarzenia)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

#### Śmierć współmałżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci współmałżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku NW
- odpis skrócony aktu zgonu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego (wystawionego po dacie zdarzenia)
- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- 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

#### Śmierć współmałżonka/partnera, zawał/udar

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci w wyniku zawału lub udaru
- odpis skrócony aktu zgonu współmałżonka/partnera
- 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 współmałżonka/partnera (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 Ubezpieczonego
- kserokopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego (wystawionego po dacie zdarzenia)

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).

