



więcej / niż standard

ubezpieczenia



## Wniosek

o wypłatę świadczenia dla Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A. w ramach Umowy ubezpieczenia Życie Plus Praca nr 9000155

Zgłaszane roszczenie dotyczy\*:

- śmierci
- śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji
- Całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- Pobyt w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku
- Utrata pracy
- Poważne zachorowanie
- Operacja chirurgiczna

Prosimy wypełnić wniosek szczegółowo i czytelnie.

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
 dowód osobisty  
 paszport  
 karta pobytu \_\_\_\_\_ Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

Numer Umowy kredytu \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

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

### Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

Data zgonu/powstania Całkowitej niezdolności do pracy/Utraty pracy: DD MM RRRR Przyczyna zgonu/powstania Całkowitej niezdolności do pracy\*:  choroba  wypadek  
Data wypadku, będącego przyczyną zgonu/powstania Całkowitej niezdolności do pracy / diagnozy choroby lub Poważnego zachorowania: DD MM RRRR  
Opis okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (wyczerpująco): \_\_\_\_\_

- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?\*  Tak  Nie
- Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?\*  Tak  Nie
- Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?\*  Tak  Nie
- Czy była przeprowadzona sekcja zwłok (dotyczy zgonu)\*  Tak  Nie
- Czy do śmierci/Całkowitej niezdolności do pracy/Utraty pracy/Poważnego zachorowania/Operacji chirurgicznej/pobytu w Szpitalu\*\* doszło wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza?\*  Tak  Nie
- Czy do śmierci/Całkowitej niezdolności do pracy/Utraty pracy/Poważnego zachorowania/Operacji chirurgicznej/pobytu w Szpitalu\*\* doszło wskutek udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych?\*  Tak  Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak”, prosimy o podanie dyscypliny sportowej: \_\_\_\_\_

\* prosimy zaznaczyć właściwe  
\*\* prosimy skreślić niewłaściwe

Czy w związku ze śmiercią/wypadkiem toczy się postępowanie sądowe?\*

Tak  Nie

Jeśli tak, należy podać sygnaturę akt sprawy: \_\_\_\_\_

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

Czy postępowanie zostało zakończone?\*

Tak  Nie

Nazwa i adres placówek medycznych (szpital, poradnie specjalistyczne), w których leczył się Ubezpieczony w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczył się Ubezpieczony:

### Zgłaszający roszczenie

Ubezpieczony  inna osoba (w przypadku wyboru tej opcji prosimy wypełnić poniższe pola)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

+48 \_\_\_\_\_ +48 \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

### Adres korespondencyjny

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

### Wypłata świadczenia

- do wysokości zobowiązania z tytułu Umowy kredytu uprawnionym do otrzymania świadczenia jest mBank Hipoteczny S.A., al. Armii Ludowej 26, Warszawa
- wypłata świadczenia nastąpi na rachunek wskazany przez mBank Hipoteczny S.A.

### Dokumenty wymagane do zgłoszenia roszczenia

Prosimy przekazać do Towarzystwa oryginały lub kopie następujących dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem przez odpowiednio: Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

Prosimy zaznaczyć krzyżykiem załączane do wniosku kopie dokumentów.

#### ŚMIERĆ, ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Do zgłoszenia dołączono:

- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopię karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci
- kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.)
- kopię dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kopię protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokołu BHP, protokołu policyjnego, notatki służbowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu)
- kopię dokumentów potwierdzających roczne dochody wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu za rok poprzedzający rok wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawniionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego)
- kopię odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopię zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w przypadku gdy Uprawniiony jest spadkobiercą Ubezpieczonego

#### CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY ORAZ SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI (dotyczy również zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem)

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię orzeczenia komisji lekarskiej ZUS lub innego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy
- kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia będącego przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy poświadczoną za zgodność z oryginałem (np. kopia wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Ubezpieczonego na komisję ZUS); w przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci kopii

kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych, opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.) konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie; protokół opisujący okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), dokumentacja postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte

- kopię dokumentów potwierdzających roczne dochody każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu za rok poprzedzający rok wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

#### POWAŻNE ZACHOROWANIE / OPERACJA CHIRURGICZNA

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię karty informacyjnej wypisu ze Szpitala lub dokumentu potwierdzającego leczenie szpitalne, wydaną przez lekarza prowadzącego
- historię pobytu w Szpitalu wraz z kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby lub nieszczęśliwego wypadku

#### POWAŻNE ZACHOROWANIE / OPERACJA CHIRURGICZNA

Do zgłoszenia dołączono:

- kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania lub Operacji chirurgicznej
- dokumentację medyczną obejmującą okres sprzed przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, mającą związek z Poważnym zachorowaniem lub Operacją chirurgiczną, które dotyczą zgłoszonego roszczenia

#### UTRATA PRACY

Do zgłoszenia dołączono:

- zaświadczenie lub kopię decyzji z urzędu pracy informujące o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku
- kopię świadectwa pracy z ostatniego miejsca zamieszkania
- kopię ostatniej umowy o pracę lub zaświadczenia pracodawcy o nawiązaniu stosunku pracy wraz z oznaczeniem terminu, na który został zawarty

## Oświadczenia osoby zgłaszającej roszczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez AXA Życie TU S.A. oraz AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., z siedzibami w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, do celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że AXA Życie TU S.A. oraz AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. są administratorami moich danych osobowych.

Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy(a), iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia mojego roszczenia, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych i prawo ich poprawiania oraz wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych.

Upoważniam AXA Życie TU S.A. oraz AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., z siedzibami w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, do zasięgania wszelkich informacji i kopii dokumentacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.

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 stanie zdrowia, do udzielenia informacji i udostępnienia kopii dokumentacji związanych z przebytymi przeze mnie chorobami, pobytami w szpitalu, wynikami badań, poradami lub diagnozą medyczną oraz leczeniem. Wyra-

żam zgodę na przekazywanie AXA Życie TU S.A. oraz AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności AXA Życie TU S.A. i AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Tak  Nie

Podpis Ubezpieczonego

Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Wyrażam zgodę na wysyłanie informacji o zgłoszonym roszczeniu z tytułu Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na (zaznaczyć krzyżykiem wybraną formę informowania o realizacji niniejszego wniosku):

- otrzymywanie korespondencji o zgłoszonym roszczeniu w formie elektronicznej na wskazany w niniejszym wniosku adres e-mail,  
 otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu SMS-em na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

  D  D  M  M  R  R  R  R  R  R  

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Ubezpieczonego /osoby zgłaszającej roszczenie

## Dane przyjmującego wniosek (o ile wniosek jest składany za pośrednictwem Banku)

Nazwisko

Imię

  D  D  M  M  R  R  R  R  R  

Data

Miejscowość

Podpis i pieczęć przyjmującego wniosek

Prosimy przesłać zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami na adres:

### W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa

### W przypadku pozostałych ryzyk:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa

Prosimy umieścić na kopercie dopisek: **Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA**