



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego

Część A – wypełnia Uprawniony/Uprawnieni/opiekun prawny osoby małoletniej

Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko, imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego

Data zgonu

Okoliczności, miejsce i przyczyna zgonu (wyczerpująco)

Uprawniony do odbioru świadczenia 1

Nazwisko, imię

PESEL

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

Ulica i numer domu

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

E-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

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/opiekuna prawnego
osoby małoletniej

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

Uprawniony do odbioru świadczenia 2

Nazwisko, imię

PESEL

Data urodzenia

Ulica i numer domu

Seria i numer dokumentu tożsamości

Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

E-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

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/opiekuna prawnego
osoby małoletniej

Uprawniony do odbioru świadczenia 3

Nazwisko, imię	PESEL	D D M M R R R R Data urodzenia	
Ulica i numer domu	Seria i numer dokumentu tożsamości	Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą	
Kod pocztowy	Miejscowość	Telefon stacjonarny	Telefon komórkowy

E-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica i numer domu	Kod pocztowy	Miejscowość
--------------------	---	--

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	D D M M R R R R Data	Podpis Uprawnionego/opiekuna prawnego osoby małoletniej
-------------	---	---

Część B – wypełnia Ubezpieczający

Nazwa zakładu pracy

Adres zakładu pracy

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko	Imię
----------	------

PESEL

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

D D M M R R R R Data zatrudnienia ubezpieczonego pracownika	D D M M R R R R Data ustania zatrudnienia ubezpieczonego pracownika	D D M M R R R R Data opłacenia ostatniej składki
--	--	---

Miejscowość	D D M M R R R R Data	Pieczętka zakładu pracy	Podpis osoby obsługującej
--	---	-------------------------	---------------------------

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Osierocenie dziecka przez Ubezpiezonego:

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu osierocenia dziecka Ubezpiezonego
- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpiezonego
- 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).

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

