



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Numer polisy

Wniosek

o dokonanie zmiany* w ubezpieczeniu na życie Plan Ochronny AXA

osób uposażonych

danych osobowych:

Ubezpieczonego*

Właściciela polisy*

Proszę o zmianę w polisie następujących danych

Nazwisko

Seria i numer dowodu tożsamości

Adres korespondencyjny

Adres zameldowania

Uposażonych

numer telefonu, e-mail

Dotychczasowe dane

Ubezpieczonego*

Właściciela polisy*

Nazwisko

Imiona

PESEL

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

E-mail

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

Aktualne dane

Ubezpieczonego*

Właściciela polisy*

Prosimy podać datę, od której zmiana ma obowiązywać

____/____/____

Zmiana nazwiska

Nazwisko

Imiona

PESEL

Seria i numer dokumentu tożsamości

Zmiana adresu korespondencyjnego

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon stacjonarny

Ulica

Numer domu/lokalu

Zmiana adresu zameldowania

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon stacjonarny

Ulica

Numer domu/lokalu

Zmiana numeru telefonu i adresu e-mail

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

E-mail

Zmiana osób uposażonych w umowach zawartych na rzecz Ubezpiezonego Głównego lub Ubezpiezonego

1. Nazwisko, imię

PESEL

Unieważniam wszystkie moje poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako Uposażonych następujące osoby:

Aktualne dane Uposażonych

dodatkowe ubezpieczenie na życie

1. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

2. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

3. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

dodatkowe ubezpieczenie na życie z malejącą sumą ubezpieczenia

1. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

2. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

3. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

2. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

3. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpiezonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

1. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

2. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

3. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

dodatkowe ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i śmierci Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

2. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

3. Nazwisko, imię

PESEL

Udział procentowy w świadczeniu**

umowa dodatkowa z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi

1. Nazwisko, imię	_____ PESEL	_____% Udział procentowy w świadczeniu**
2. Nazwisko, imię	_____ PESEL	_____% Udział procentowy w świadczeniu**
3. Nazwisko, imię	_____ PESEL	_____% Udział procentowy w świadczeniu**

Prosimy podać datę, od której zmiana ma obowiązywać.

D D M M R R R R

D D M M R R R R

Data

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Podpis Ubezpieczonego***

Podpis Właściciela polisy

Uwaga: podpisany wniosek należy przesłać na adres: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Suma udziałów procentowych w świadczeniu musi łącznie wynosić 100% (Prosimy o podanie wysokości w pełnych procentach).

*** Jeżeli Ubezpieczony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, wymagany jest podpis przedstawiciela ustawowego.



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Numer wniosku/polisu/świadczenia uczestnictwa/certyfikatu

Formularz AML

Dodatkowe oświadczenie klienta

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 16 listopada 2000 r. jest zobowiązane do pozyskania od swoich klientów poniższych informacji.

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami.

Dane klienta

Imię i nazwisko¹/Nazwa (firma)

dowód osobisty karta pobytu
 paszport _____
Seria i numer dokumentu tożsamości¹ kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

Obywatelstwo¹
 polskie inne _____

Prosimy wypełnić, jeśli poniższe dane nie występują we wniosku.

Adres zamieszkania/siedziby (w przypadku gdy różni się od adresu podanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia)

Miejscowość Kod pocztowy Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Kraj _____

Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (Czym się zajmuje Pana/Pani firma?)²

Źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

umowa o pracę działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód darowizna spadek wygrana losowa kredyt emerytura lub renta
 inne _____ odmawiam podania

Beneficjent rzeczywisty³

Oświadczam, że posiadam beneficjenta rzeczywistego

(przez beneficjenta rzeczywistego rozumie się osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują nad klientem kontrolę albo mają na niego wpływ)

Tak Nie

Oświadczenie beneficjenta rzeczywistego – wypełniane w przypadku kiedy klient:

- jest osobą niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną,
- nie jest osobą fizyczną,
- lub w każdym przypadku kiedy z okoliczności wynika, że klient jest kontrolowany przez inną osobę fizyczną.

Dane beneficjenta rzeczywistego

Imię i nazwisko

PESEL _____ D D M M R R R R _____
Data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL

dowód osobisty karta pobytu
 paszport _____
Seria i numer dokumentu tożsamości kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

Obywatelstwo
 polskie inne _____

Adres zamieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Kraj _____

1. Wypełnia osoba fizyczna.

2. Prosimy wypełnić w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej.

3. Za beneficjenta rzeczywistego uznaje się, zgodnie z ustawą:

- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są właścicielami osoby prawnej lub sprawują kontrolę nad klientem albo mają wpływ na osobę fizyczną, w imieniu której przeprowadzana jest transakcja lub prowadzona jest działalność;
- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są udziałowcami lub akcjonariuszami lub posiadają prawo głosu na zgromadzeniu wspólników w wysokości powyżej 25% w tej osobie prawnej, w tym za pomocą pakietów akcji na okaziciela, z wyjątkiem spółek, których papiery wartościowe są w obrocie zorganizowanym, podlegających lub stosujących przepisy prawa Unii Europejskiej w zakresie ujawniania informacji, a także podmiotów świadczących usługi finansowe na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo państwa równoważnego – w przypadku osób prawnych;
- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują kontrolę nad co najmniej 25% majątku – w przypadku podmiotów, którym powierzono administrowanie wartościami majątkowymi oraz rozdzielanie takich wartości, z wyjątkiem podmiotów wykonujących czynności, o których mowa w art. 69 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi.

