



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Nr polisy/wniosku: _____

Kod dokumentu: 494_1017

Deklaracja

uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Ochrona z Plusem (3-20)

Deklaracja uczestnictwa:

- Ubezpieczonego głównego
- Ubezpieczonego bliskiego:
 - współmałżonka
 - partnera
 - pełnoletniego dziecka

Deklaracja zmian:

- danych Ubezpieczonego
- Uposażonych
- wskazania partnera
- zakresu ubezpieczenia

Dane Ubezpieczającego

Pieczętka

Prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami. Wszelkie dokonywane poprawki powinny być potwierdzone podpisem.

Dane osoby przystępującej do ubezpieczenia

Nazwisko i imię/imiona

Telefon komórkowy

Obywatelstwo

polskie inne

Seria i numer dokumentu tożsamości

- dowód osobisty
- paszport
- karta pobytu

Kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu)

E-mail

PESEL

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Dane Ubezpieczonego głównego (dotyczy przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje współmałżonek, partner lub dziecko Ubezpieczonego głównego)

Nazwisko, imię/imiona

PESEL (lub numer dokumentu tożsamości)

Dane / Zmiana Uposażonych

Suma procentowych udziałów w świadczeniu powinna wynosić 100.

1.

Nazwisko, imię

DDMMRRRR

Data urodzenia

___ %

Procentowy udział w świadczeniu

2.

Nazwisko, imię

DDMMRRRR

Data urodzenia

___ %

Procentowy udział w świadczeniu

3.

Nazwisko, imię

DDMMRRRR

Data urodzenia

___ %

Procentowy udział w świadczeniu

Dane / Zmiana partnera (dotyczy wyłącznie zakresu, dla którego życie lub zdrowie partnera jest przedmiotem ubezpieczenia)

Zgłoszenie zmiany partnera następuje ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy.

Nazwisko, imię

PESEL (lub nr dokumentu tożsamości)

Wysokość miesięcznej składki za Ubezpieczonego (zakres podstawowy + zakres dodatkowy)

Zakresy	Składka (w zł)			Moja składka
Zakres podstawowy <input type="checkbox"/> Podgrupa właścicieli <input type="checkbox"/> Podgrupa pracowników				_____ zł
Zakres dodatkowy				
Pakiet Moje Życie i Zdrowie <i>Należy wypełnić oświadczenie medyczne i zawodowe</i>	6,00	12,00	18,00	_____ zł
Pakiet Wypadkowy <i>Należy wypełnić oświadczenie zawodowe</i>	6,00	12,00	18,00	_____ zł
Pakiet Zdrowie Dziecka	6,00	12,00	18,00	_____ zł
Pakiet Medycyna bez Granic – Best Doctors <i>Należy wypełnić oświadczenie medyczne</i>	79,00			_____ zł
AXA MEDI forma indywidualna	4,50			_____ zł
AXA MEDI forma rodzinna	13,00			_____ zł
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w NNW suma ubezpieczenia 1000 zł	6,50			_____ zł
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w NNW suma ubezpieczenia 1500 zł	9,50			_____ zł
Łączna składka za zakres dodatkowy				_____ zł
Łączna składka za zakres podstawowy i dodatkowy				_____ zł

Oświadczenia

Zatajenie lub przekazanie błędnej informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.

Oświadczenie medyczne dotyczące:

- Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia, oraz
- Ubezpieczonego, który wybrał Pakiet Moje Życie i Zdrowie.

Oświadczam, że:

- w okresie ostatnich 5 lat zdiagnozowano lub leczono u mnie: nowotwór, chorobę wieńcową, udar mózgu, cukrzycę, marskość wątroby;
- planuję poddać się leczeniu, hospitalizacji lub operacji w związku z którąkolwiek z wymienionych wyżej chorób;
- mam orzeczoną częściową lub całkowitą niezdolność do pracy, umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawność lub staram się o takie orzeczenia;
- w dniu podpisania deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń, zwichnięć) lub pobieram świadczenia rehabilitacyjne;
- w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 kolejno następujących po sobie dni (nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń, zwichnięć).

Tak Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak” prosimy o wypełnienie ankiety medycznej.

Oświadczenie zawodowe dotyczące:

- Ubezpieczonego, związanego z Ubezpieczającym stosunkiem prawnym innym niż umowa o pracę, oraz

- Ubezpieczonego bliskiego,

którzy nie byli dotychczas objęci ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia na życie zawartego przez Ubezpieczającego lub przystępują do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty startu polisy, tj. zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczającego,

- Ubezpieczonego głównego i bliskiego, którzy wybrali Pakiet Moje Życie i Zdrowie oraz Pakiet Wypadkowy.

Oświadczam, że wykonuję jeden z niżej wymienionych zawodów: pracownik wykonujący pracę na wysokości (powyżej 6 m), pod ziemią, z wykorzystaniem materiałów wybuchowych, na powierzchni wody lub pod wodą, pracownik służb mundurowych lub formacji uzbrojonych, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000 V, pracownik ochrony mienia posiadający broń palną, sportowiec, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, kierowca wyścigowy i rajdowy.

Tak Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak” – brak możliwości objęcia ochroną.

Oświadczenie medyczne dotyczące Ubezpieczonego, który wybrał Pakiet Medycyna bez Granic – Best Doctors

Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat był(a) Pan/Pani hospitalizowana(y), leczona(y), diagnozowana(y), pozostawał(a) pod obserwacją lekarską z któregośkolwiek z poniższych powodów:

- nowotworu lub innych form nowotworu, włączając ziarnicę (chorobę Hodgkina),
- jakiegokolwiek zmiany guzowatej lub torbieli w obrębie czaszki, mózgu lub rdzenia kręgowego,
- białaczki lub innej choroby hematologicznej wymagającej leczenia przez okres ponad 1 miesiąca,
- udarów lub krwawienia do mózgu,

- 5) jakiegokolwiek nowotworu przedinwazyjnego lub in situ, włączając m.in. nowotwory piersi, ginekologiczne, pęcherza lub prostaty,

- 6) cukrzycy,

- 7) jakiegokolwiek choroby serca (z wyłączeniem leczenia z powodu wysokiego/niskiego ciśnienia lub wysokiego cholesterolu) lub

czy obecnie oczekuje Pan/Pani na wyniki badań diagnostycznych w związku z którąkolwiek z ww. chorób?

Tak Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak” – brak możliwości objęcia ochroną.

Oświadczenia o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Oświadczam że:

- zostały mi doręczone Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plussem (dalej: OWU) przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie kosztu składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez Ubezpieczonego);
- wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie OWU i wyrażam zgodę na wysokości sum ubezpieczenia;
- wyrażam zgodę na finansowanie kosztu składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez Ubezpieczonego), której wysokość jest mi znana.

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych w związku z realizacją umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Administratorem podanych danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51. Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich danych osobowych. Przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania. Dane przetwarzane będą do celu wykonania umowy oraz w prawnie usprawiedliwionych celach administratora danych, a także w celach marketingowych, o ile wyrażona zostanie na to zgoda. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 (AXA), moich danych osobowych i danych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszej deklaracji oraz w innych dokumentach przekazanych AXA w celu wykonywania zawartej umowy ubezpieczenia.

W przypadku braku zgody AXA na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia lub w przypadku wystąpienia z ubezpieczenia bądź też wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia grupowego wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez AXA do celów archiwalnych.

Wyrażam zgodę na przekazanie przez AXA moich danych partnerom współpracującym do celów związanych z administracją ubezpieczeniem oraz obsługą programu kafeteryjno-rabatowego.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwałe nośniki i komunikację elektroniczną

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed przystąpieniem do niej, jak i po przystąpieniu, na trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na podany przeze mnie adres e-mail.

Wnoszę o przesyłanie mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany w niniejszej deklaracji mój adres e-mail.

Upoważnienia dla Ubezpieczającego

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej deklaracji, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia, wysokości składki, sumy ubezpieczenia.

Upoważniam Ubezpieczającego do odbierania w moim imieniu wszelkich oświadczeń i informacji, do których przekazywania Ubezpieczonemu zobowiązane jest AXA w związku z zawarciem, wykonywaniem i zmianą umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz.

Klauzula marketingowa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych i statystycznych przez AXA oraz na udostępnianie tych danych innym podmiotom grupy AXA w tych samych celach. W skład Grupy AXA wchodzi m.in.: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., AXA Polska S.A., AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., AXA Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., AXA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. – z siedzibami w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51.

Tak Nie

Jeżeli nie zaznaczono „Tak”, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie wyraża zgody.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od podmiotów grupy AXA informacji handlowej drogą elektroniczną.

Tak Nie

Jeżeli nie zaznaczono „Tak”, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie wyraża zgody.

Przyjmuję do wiadomości, że wyrażone przeze mnie zgody mogą odwołać w każdym czasie.

Upoważnienie dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: AXA), Best Doctors Services S.L.U., reasekuratora oraz Partnera Medycznego AXA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji lub dokumentacji medycznej o stanie zdrowia obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu oraz podmiotom wskazanym powyżej.

Wyrażam zgodę na przekazywanie AXA oraz podmiotom wskazanym powyżej 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 oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam AXA oraz podmioty wskazane powyżej do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności AXA;
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe upoważnienia, oświadczenia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Poniższym podpisem potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń i deklaracji, które mnie dotyczą.

Data

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Wypełnia Ubezpieczający

Data nawiązania stosunku prawnego z Ubezpieczającym przez osobę przystępującą do ubezpieczenia

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z Ubezpieczającym:

umowa o pracę umowa zlecenia
 umowa o dzieło umowa agencyjna na wyłączność

inny _____

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie powyżej są prawdziwe, kompletne i zgodne z moją wiedzą.

Data

Czytelny podpis i pieczęć Ubezpieczającego