



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Kod dokumentu (e-Agent): 657\_0716

## Wniosek

o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem  
Pakiet Ochronny

\_\_\_\_\_  
Numer wniosku

\_\_\_\_\_  
Numer rachunku bankowego

### Dane Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)

Obywatelstwo  
 polskie  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) \_\_\_\_\_

W przypadku obywatelstwa innego niż polskie, prosimy podać serię i numer paszportu lub karty pobytu \_\_\_\_\_  
 paszport  karta pobytu \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Kod kraju (w przypadku wskazania paszportu)

### Adres do korespondencji

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

Pod wskazany niżej numer telefonu/adres e-mail wysyłana będzie wszelka korespondencja dotycząca ubezpieczenia, w tym m.in. informacje o powstaniu niedopłaty lub braku wpływu składki.

\_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Dane Uposażonych

Suma procentowych udziałów w świadczeniu musi wynosić 100.

1. \_\_\_\_\_  
Nazwisko, imię \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data urodzenia \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Procentowy udział w świadczeniu \_\_\_\_\_%

2. \_\_\_\_\_  
Nazwisko, imię \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data urodzenia \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Procentowy udział w świadczeniu \_\_\_\_\_%

### Parametry ubezpieczenia

Kod wariantu stanowiącego załącznik do niniejszego wniosku: \_\_\_\_\_

#### Dodatkowe świadczenia medyczne i opiekuńcze:

AXA MEDI – forma indywidualna  AXA MEDI – forma rodzinna

#### Składka:

\_\_\_\_\_  
Składka za pakiet \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ zł  
 Składka za AXA MEDI Łączna składka za pakiet i za AXA MEDI

### Podstawowe informacje dotyczące ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności

**Pakiet Ochronny zapewnia pomoc dla Ciebie i Twoich najbliższych w trudnych sytuacjach życiowych. Zależy nam na tym, aby warunki ubezpieczenia były jak najbardziej czytelne i zrozumiałe, a decyzja o zawarciu umowy ubezpieczenia w pełni świadoma, dlatego poniżej opisujemy ograniczenia, na które należy zwrócić szczególną uwagę przed zawarciem umowy ubezpieczenia.**

- Ochrona ubezpieczeniowa trwa do ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje, m.in.:
  - tylko takie pierwszorazowe wystąpienie poważnego zachorowania, określone w wykazie poważnych zachorowań, rozumiane jako zdiagnozowane choroby lub przeprowadzone u Ubezpieczonego zabiegi, jeżeli w okresie udzielania ochrony diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze;
  - tylko taką operację medyczną przeprowadzoną w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, spowodowaną chorobą, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, lub obrażeniami ciała zaistniałymi w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
  - tylko taki pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w celu leczenia choroby, która została zdiagnozowana lub

z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, lub obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym i wypadkiem przy pracy.

- Obowiązuje karencja (czyli okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona) liczona od daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej, wynosząca:
  - 3 miesiące: na operacje medyczne Ubezpieczonego, operacje medyczne współmałżonka, poważne zachorowanie Ubezpieczonego, poważne zachorowanie współmałżonka, poważne zachorowanie dziecka, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt współmałżonka w szpitalu, pobyt dziecka w szpitalu;
  - 10 miesięcy na urodzenie się dziecka i urodzenie się dziecka wymagającego leczenia;
  - 6 miesięcy na zdarzenia zaistniałe w ramach umowy podstawowej oraz pozostałych umów dodatkowych.
 Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem.

**Szczegółowe informacje dotyczące umowy ubezpieczenia znajdują się w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Ochronnego.**

## Oświadczenie medyczne

- 1) Czy przez ostatnie 5 lat prowadzono u Pana/Pani diagnostykę lub rozpoznano u Pana/Pani chorobę serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze krwi przekraczające wartości 160/100, udar mózgu, epilepsję, niedowład, choroby płuc, choroby nerek, choroby psychiczne, cukrzycę, choroby wątroby, choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane, choroby zakaźne (w szczególności WZW typu B, typu C, HIV), guza lub nowotwór?
- 2) Czy choruje Pan/Pani lub zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu w związku z ww. chorobami?
- 3) Czy przebywa Pan/Pani w szpitalu lub planuje hospitalizację i leczenie operacyjne?
- 4) Czy w ciągu ostatnich 3 lat przebywał(a) Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłu-

szym niż 30 kolejno następujących po sobie dni (nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń, zwichnięć)?

- 5) Czy ma Pan/Pani orzeczoną częściową lub całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji?

Tak  Nie

*Należy zaznaczyć „Tak” w przypadku twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z pytań powyżej. Jeżeli zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.*

*Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.*

## Oświadczenie o wykonywaniu zawódzie

Czy wykonuje Pan/Pani jeden z niżej wymienionych zawodów:

pracownik budowlany wykonujący pracę na wysokości (powyżej 6 m), pod ziemią lub przy rozbiórce budynków, pracownik leśny pracujący przy pozyskiwaniu drewna, pracownik tartaku, operator dźwigów lub suwnic, artysta cyrkowiec, kaskader, pracownik platformy wiertniczej, górnik i inny pracownik przemysłu wydobywczego pracujący pod ziemią, marynarz i rybak, ratownik górski, wodny lub lotniczy, funkcjonariusz agencji bezpieczeństwa, służb specjalnych lub formacji uzbrojonych, straż miejskiej, leśnej, kolejowej oraz ochrony mienia posiadający broń palną, policjant, strażak, żołnierz zawodowy, korespondent wojenny, nurek lub inna osoba wykonująca prace pod wodą, pracownik przy lub z wykorzystaniem materiałów wybuchowych (w tym ich transport),

przewoźnik paliw lub ładunków niebezpiecznych, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000 V, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, sportowiec, kierowca wyścigowy i rajdowy, pracownik fizyczny przemysłu metalurgicznego w odlewniach, walcowniach?

Tak  Nie

*Jeżeli zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.*

*Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.*

## Oświadczenie dotyczące umowy ubezpieczenia na życie

Oświadczam że:

- 1) zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plussem dla Pakietu Ochronnego (dalej: OWU);
- 2) zostałem(am) poinformowany(a), że zaprzestanie opłacania składki z tytułu kosztu ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia w trybie opisanym w OWU;
- 3) zapoznałem(am) się z karencją, liczoną od daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej, wynoszącą:

- a) 3 miesiące na operacje medyczne Ubezpieczonego, operacje medyczne współmałżonka, poważne zachorowanie Ubezpieczonego, poważne zachorowanie współmałżonka, poważne zachorowanie dziecka, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt współmałżonka w szpitalu, pobyt dziecka w szpitalu;
- b) 10 miesięcy na urodzenie się dziecka i urodzenie się dziecka wymagającego leczenia;
- c) 6 miesięcy na zdarzenia zaistniałe w ramach umowy podstawowej oraz pozostałych umów dodatkowych.

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, (dalej: AXA), moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych AXA w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową AXA, w tym w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz wykonywania zawartej umowy ubezpieczenia. W przypadku niezawarcia, odstąpienia lub roz-

wiązania umowy ubezpieczenia wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez AXA do celów archiwalnych. Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania tych danych.

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i po jej zawarciu, 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 niniejszym wniosku adres e-mail.

## Klauzula marketingowa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez AXA oraz na udostępnianie tych danych innym podmiotom grupy AXA w celach marketingowych i statystycznych.

Tak  Nie

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

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

Tak  Nie

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

## Upoważnienia dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów

Upoważniam AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: AXA) oraz Partnera Medycznego AXA do zasięgania informacji medycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia, w tym także do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, koniecznych do ustalenia odpowiedzialności AXA.

Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie AXA oraz Partnerowi Medycznemu AXA, przez lekarzy, placówki medyczne i podmioty wykonujące działalność leczniczą, wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, w tym do przekazywania kopii dokumentacji medycznej, o które AXA lub Partner Medyczny AXA będą zapytywali w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie AXA oraz Partnerowi Medycznemu AXA przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy

udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności AXA oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam AXA oraz Partnera Medycznego AXA do zasięgania 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 pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

  D  D  M  M  R  R  R  R  R  R  

Data

Podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

## Pośrednik

Nazwisko

Imię

Numer systemowy AXA

Pieczętka i podpis Pośrednika

Numer Przedstawiciela (dotyczy struktur zewnętrznych)