



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Kod dokumentu: 657_0716

Wniosek

o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem
Pakiet Ochronny

Numer wniosku

Numer rachunku bankowego

Dane Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

Nazwisko _____ Imię _____

Obywatelstwo polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia) _____

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:

_____, ____ zł _____, ____ zł _____, ____ zł
Składka za pakiet 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 kolejnych 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 wykonywanym zawodzie

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, straży 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 Plusem 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.

Informujemy, że udostępnienie danych osobowych jest dobrowolne. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również prawo do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

W skład grupy AXA wchodzi m.in.: AXA S.A., spółka prawa francuskiego z siedzibą w Paryżu (75008), 25, avenue Matignon, Francja, oraz AXA Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., AXA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., Avanssur S.A. Oddział w Polsce – z siedzibami w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51.

Upoważnienia dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów

Upoważniam AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: AXA) oraz Partnera Medycznego AXA do zasięgnięcia informacji medycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia, w tym także do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, od każdego lekarza, u którego leczylem(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

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 Partnera Medycznego AXA do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania 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

Data

Podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

Pośrednik

Nazwisko

Imię

Numer systemowy AXA

Pieczętka i podpis Pośrednika