ubezpieczenia

więcej / niż standard

Załącznik nr 1

do polisy o numerze

Deklaracja

uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Optymalny Wybór AXA dla grup nieformalnych

☐ Deklaracja uczestnictwa ☐ Deklaracja zmian:

☐ danych Ubezpieczonego ☐ osób uposażonych ☐ wskazania partnera

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

Niniejszym oświadczam, że przystępuję do grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

Dane Ubezpieczającego

Nazwa

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię/Imiona

D D M M R R R R
Data urodzenia

PESEL

Obywatelstwo
☐ polskie ☐ inne

Seria i numer dokumentu tożsamości

Nazwisko panieńskie matki

Telefon kontaktowy

Prosimy podać adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Prosimy podać adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż powyższy)

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Zawód wykonywany

E-mail

Dane/Zmiana* Uposażonych

Suma procentowych udziałów w świadczeniu musi wynosić 100.

1. Nazwisko, imię — Data urodzenia — Stopień pokrewieństwa — Procentowy udział w świadczeniu %

2. Nazwisko, imię — Data urodzenia — Stopień pokrewieństwa — Procentowy udział w świadczeniu %

3. Nazwisko, imię — Data urodzenia — Stopień pokrewieństwa — Procentowy udział w świadczeniu %

4. Nazwisko, imię — Data urodzenia — Stopień pokrewieństwa — Procentowy udział w świadczeniu %

Dane partnera

Wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim w dniu wypełnienia deklaracji i wskazuje do objęcia ochroną ubezpieczeniową osobę, z którą pozostaje w związku pozamałżeńskim.

Nazwisko, imię _____ PESEL _____

Składka ochronna indywidualna

Kwota ____ zł

Deklaracja stanu zdrowia Ubezpieczonego

1. Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebywał(a) Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14 dni (nie dotyczy ciąży)?	☐ Tak	☐ Nie
2. Czy w przeszłości chorował(a) Pan/Pani lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej:		
a) zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, wady serca, nadciśnienie tętnicze krwi lub inne przewlekłe choroby układu krążenia	☐ Tak	☐ Nie
b) niewydolność nerek	☐ Tak	☐ Nie
c) przewlekłe choroby układu oddechowego z niewydolnością oddechową	☐ Tak	☐ Nie
d) cukrzyca, przewlekłe zapalenie trzustki, zapalenie jelita grubego, inne przewlekłe choroby układu pokarmowego	☐ Tak	☐ Nie
e) nowotwory	☐ Tak	☐ Nie
f) udar, paraliż (porażenie), niedowład	☐ Tak	☐ Nie
g) padaczka, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków lub innych używek), choroby psychiczne, stwardnienie rozsiane (SM), choroba Alzheimera, choroba Parkinsona	☐ Tak	☐ Nie
h) wirusowe zapalenie wątroby typu B lub typu C, marskość wątroby, AIDS, zakażenie wirusem HIV	☐ Tak	☐ Nie
i) choroby układu kostno-stawowego, takie jak: choroby reumatyczne, zwyrodnienia stawów, choroby mięśni, wypadania dysku lub urazy (w tym: złamania, zwichnięcia, naderwania), które pozostawiły trwałe następstwa; nie dotyczy np. drobnych złamań, skręceń i innych drobnych urazów, które nie pozostawiły po zakończonym leczeniu następstw w układzie kostno-stawowym	☐ Tak	☐ Nie
j) inne choroby niewymienione powyżej, skutkujące hospitalizacją powyżej 30 dni	☐ Tak	☐ Nie
3. Czy ubiegał(a) się Pan/Pani lub otrzymywał(a) lub będzie się ubiegać o uzyskanie renty lub czy Pan/Pani zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona?	☐ Tak	☐ Nie
4. Czy w ciągu ostatniego roku był(a) Pan/Pani operowana(y) lub czy oczekuje Pan/Pani na wykonanie zabiegu operacyjnego?	☐ Tak	☐ Nie
5. Czy w przeszłości palił(a) Pan/Pani lub pali obecnie powyżej 30 sztuk papierosów dziennie?	☐ Tak	☐ Nie
6. Czy jest Pan/Pani ubezpieczony(a) na życie w naszym Towarzystwie na podstawie umowy:		
a) grupowego ubezpieczenia na życie bądź	☐ Tak	☐ Nie
b) indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	☐ Tak	☐ Nie

Jeśli tak, prosimy podać numer polisy lub certyfikatu. _____

7. Prosimy podać nazwisko/nazwę, adres lekarza/przychodni, z których usług korzystał(a) Pan/Pani w przeszłości lub korzysta obecnie.

Jeśli nie ma Pan/Pani swojego lekarza, prosimy podać dane lekarza/przychodni, gdzie wykonywał(a) Pan/Pani badania (np. okresowe):

Deklaracja dotycząca wykonywanego zawodu

Czy wykonuje Pan/Pani którykolwiek z poniżej wymienionych zawodów o wysokim stopniu ryzyka: bokser; cieśla; cyrkowiec; dekarz; detektyw; drwal; dżokej; elektryk (wysokie napięcia), górnik; hutnik; kaskader; kierowca ciężarówek; kominiarz; marynarz; monter; murarz; nurek; ochroniarz; operator ciężkiego sprzętu; tynkarz; operator żurawia-dźwigu; pilot; policjant; strażak; wojskowy; pracownik pracujący: na wysokościach, przy budowie rusztowań, przy materiałach chemicznych, przy azbeście, żwirze, paliwach, w kamieniołomie, przy materiałach wybuchowych (w tym transport materiałów wybuchowych); rybak; spawacz; sportowiec zawodowy; żołnierz służby zawodowej; saper; pirotechnik; kierowca wyścigowy i rajdowy; spadochroniarz; treser zwierząt; agent ochrony posługujący się bronią; osoba pracująca w służbach mundurowych posługująca się bronią, pracownik fizyczny zatrudniony w działach produkcyjnych przemysłu: wydobywczego, metalurgicznego, w odlewniach, w hutach, w walcowniach, w przemyśle chemicznym.

☐ Tak ☐ Nie

Oświadczenia

Oświadczenie I

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o warunkach umowy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej deklaracji uczestnictwa, w tym o wysokości sumy ubezpieczenia, i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach tej umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo"), moich danych osobowych zawartych w tej deklaracji oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową Towarzystwa, w tym w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową oraz wykonywania zawartej umowy ubezpieczenia grupowego, a ponadto w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 28 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

W przypadku niezawarcia lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia grupowego wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo do celów archiwalnych.

Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich 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.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji medycznych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie Towarzystwu przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, a organy emerytalno-rentowe – informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń, o które Towarzystwo będzie zapytywało w związku z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania informacji w sądzie, prokuraturze, policji oraz innych organach i instytucjach w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania informacji w każdym zakładzie ubezpieczeń, w którym jestem ubezpieczony(a) lub w którym złożony został wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na moje życie oraz wyrażam zgodę na udzielanie Towarzystwu przez inne zakłady ubezpieczeń wszelkich informacji, w tym informacji medycznych, o które będzie zapytywało. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych osobowych. Upoważnienie pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

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

D D M M R R R R _____ _____

Data Miejscowość Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie II

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

D D M M R R R R

Data | Miejscowość | Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie dodatkowe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., AXA Polska S.A. z siedzibami w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, oraz na udostępnianie tych danych innym podmiotom grupy AXA, w celach marketingowych i statystycznych oraz na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną

☐ Tak, wyrażam zgodę

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 jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych. W skład grupy AXA wchodzą m.in.: AXA S.A., spółka prawa francuskiego, z siedzibą w Paryżu (75008), 25, avenue Matignon, Francja, oraz AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń 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.

D D M M R R R R

Data | Miejscowość | Podpis Ubezpieczonego

Wypełnia Ubezpieczający

Wnioskowana data ochrony ubezpieczeniowej

D D M M R R R R

Data

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie powyżej są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i są przekazane w dobrej wierze, oraz że nie ukryłem(am) żadnego faktu, o który w nim zapytano.

D D M M R R R R

Data | Miejscowość | Podpis i pieczęć Ubezpieczającego