



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Nr polisy: _____

Kod dokumentu: 1492_0418

Deklaracja

uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Ochrona z Plusem

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

W przypadku obywatelstwa innego niż polskie, prosimy podać serię i numer paszportu lub karty pobytu

paszport Obywatelstwo
 karta pobytu polskie inne

PESEL (w przypadku obywatelstwa innego niż polskie – data urodzenia)

jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie

Telefon komórkowy

E-mail

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 (w przypadku obywatelstwa innego niż polskie – data urodzenia)

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
4.	Nazwisko, imię	DDMMRRRR	____%
		Data urodzenia	Procentowy udział w świadczeniu
5.	Nazwisko, imię	DDMMRRRR	____%
		Data urodzenia	Procentowy udział w świadczeniu
6.	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 (w przypadku obywatelstwa innego niż polskie – data urodzenia)

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

Zakres podstawowy:

_____,____ zł lub _____% miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto

Nazwa podgrupy (o ile występują podgrupy)

Zakres dodatkowy wybrany indywidualnie przez Ubezpiezonego:

____ zł Pakiet Moje Życie i Zdrowie Należy wypełnić oświadczenia medyczne i zawodowe.	____ zł Pakiet Wypadkowy Należy wypełnić oświadczenie zawodowe.
____ zł Pakiet Zdrowie Dziecka	____ zł Pakiet Medycyna bez Granic – Best Doctors Należy wypełnić oświadczenie medyczne.

Łączna składka za zakres podstawowy i dodatkowy

_____,____ zł lub _____% miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto

Oświadczenia medyczne

Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.

Czy w dniu podpisania deklaracji przebywa Pan/Pani:

- 1) na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń, zwichnięć) lub pobiera Pan/Pani świadczenia rehabilitacyjne?
 - 2) w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych?
- Tak Nie

W przypadku twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z pytań powyżej należy zaznaczyć „Tak”. W przypadku zaznaczenia „Tak” prosimy o wypełnienie ankiety medycznej.

Oświadczenia medyczne dotyczące:

- a) **Ubezpiezonego głównego**, związanego z Ubezpieczającym stosunkiem prawnym innym niż umowa o pracę, oraz
- b) **Ubezpiezonego 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, oraz
- c) **Ubezpiezonego głównego i bliskiego**, którzy wybrali Pakiet Moje Życie i Zdrowie.

- Czy: 1) w okresie ostatnich 5 lat zdiagnozowano lub leczono u Pana/Pani: nowotwór, chorobę wieńcową, udar mózgu, cukrzycę, marskość wątroby?
2) planuje Pan/Pani poddać się leczeniu, hospitalizacji lub operacji w związku z którąkolwiek z wymienionych wyżej chorób?
3) ma Pan/Pani orzeczoną częściową lub całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji, umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawność lub stara się Pan/Pani o takie orzeczenia?
4) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał(a) Pan/Pani 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 twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z pytań powyżej należy zaznaczyć „Tak”. Odpowiedź „Tak” w przypadku wyboru Pakietu Moje Życie i Zdrowie oznacza brak możliwości objęcia ochroną w ramach tego Pakietu; w pozostałych przypadkach prosimy o wypełnienie ankiety medycznej.**

Oświadczenie zawodowe dotyczące:

- a) **Ubezpiezonego głównego i bliskiego**, który wybrał Pakiet Moje Życie i Zdrowie lub Pakiet Wypadkowy,
- b) **Ubezpiezonego bliskiego**, który nie był dotychczas objęty ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia na życie zawartego przez Ubezpieczającego lub przystępuje do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty startu polisy, tj. zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczającego.

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 **Odpowiedź „Tak” w przypadku wyboru Pakietu Moje Życie i Zdrowie lub Pakietu Wypadkowego oznacza brak możliwości objęcia ochroną w ramach tego Pakietu; w pozostałych przypadkach odpowiedź „Tak” oznacza brak możliwości objęcia ochroną.**

Oświadczenie medyczne dotyczące Ubezpiezonego, 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 którejkolwiek z poniższych powodów:
- 1) nowotworu lub innych form rozrostu złośliwego, włączając ziarnicę (chorobę Hodgkina),
 - 2) jakiegokolwiek zmiany guzowatej lub torbieli w obrębie czaszki, mózgu lub rdzenia kręgowego,
 - 3) białaczki lub innej choroby hematologicznej wymagającej leczenia przez okres ponad 1 miesiąca,
 - 4) udaru 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 **Odpowiedź „Tak” oznacza brak możliwości objęcia ochroną w ramach Pakietu Medycyna bez Granic – Best Doctors.**

Oświadczenia o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Oświadczam, że zostały mi doręczone Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem (dalej: OWU) oraz dokument Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych 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 Ubezpiezonego).

Wyrażam zgodę na:

- 1) objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie OWU i wyrażam zgodę na wysokości sum ubezpieczenia;
- 2) wyrażam zgodę na finansowanie kosztu składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez Ubezpiezonego), której wysokość jest mi znana i ją akceptuję.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 (AXA), moich danych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszej deklaracji oraz w innych dokumentach przekazanych AXA, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich danych osobowych.

Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

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 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 (kod: 1AP1492)

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych, tutaj podanych, w celach marketingowych, w tym otrzymywanie ofert, zgodnie z poniższym wyborem:

zaznaczam wszystkie poniższe

- AXA Ubezpieczenia Tu i R S.A. – oferty ubezpieczeń majątkowych
 AXA Życie TU S.A. – oferty ubezpieczeń na życie i zdrowie
 AXA TFI S.A. – oferty funduszy inwestycyjnych
 AXA Polska S.A. – doradztwo ubezpieczeniowe

Wszystkie spółki z siedzibą przy ul. Chłodnej 51 w Warszawie (00-867).

Oferty mogą być mi przedstawiane:

- głosowo (np. połączenia telefoniczne)
 mailem
 poprzez SMS
 za pośrednictwem mediów społecznościowych
 za pośrednictwem serwisów transakcyjnych AXA
 w grach i wirtualnej rzeczywistości (VR)
 pocztą tradycyjną

również przy użyciu automatycznych systemów wywołujących.

Zgoda obejmuje także profilowanie, które będzie służyć określeniu preferencji i potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

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 o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej 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) przyczynę mojej śmierci.

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

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

Wyrażam zgodę na przekazywanie AXA oraz podmiotom wskazanym powyżej przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności AXA oraz wysokości świadczenia.

Upoważniam AXA oraz podmioty wskazane powyżej do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, 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 oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

 D D M M R R R R R R
Data

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Wypełnia Ubezpieczający

Czy Ubezpieczony bezpośrednio przechodzi z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie zawartego przez Ubezpieczającego? Tak Nie

Data nawiązania przez Ubezpieczonego głównego stosunku prawnego z Ubezpieczającym:

 D D M M R R R R R R

Rodzaj stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego głównego z Ubezpieczającym:

umowa o pracę inny (np. umowa zlecenia, umowa o dzieło, inna umowa – podać jaka) _____

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

 D D M M R R R R R R
Data

Czytelny podpis i pieczętka Ubezpieczającego