



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Załącznik nr 1

do polisy o numerze

miejsce na naklejkę
z numerem konta

Numer przedstawiciela

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 Zmiana podgrupy

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

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

Dane Ubezpieczającego

AXA Polska S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

DDMMRRRR

Data urodzenia

PESEL

Imię

- dowód osobisty
 paszport

Seria i numer dokumentu tożsamości

Obywatelstwo

polskie

inne

Telefon komórkowy

E-mail

Uwaga! Pod wskazany numer telefonu/e-mail będą wysyłane powiadomienia w przypadku powstania nadpłaty, niedopłaty lub braku wpływu składki z tytułu udzielania Ubezpieczonemu ochrony.

Zawód wykonywany

Prosimy podać adres do korespondencji.

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

Kraj

Dane Uposażonych

Suma procentowych udziałów w świadczeniu musi wynosić 100.

1.

Nazwisko, imię

DDMMRRRR

Data urodzenia

Stopień pokrewieństwa

 %
Procentowy udział
w świadczeniu

2.

Nazwisko, imię

DDMMRRRR

Data urodzenia

Stopień pokrewieństwa

 %
Procentowy udział
w świadczeniu

Składka miesięczna

 , zł

Oświadczenie medyczne

Oświadczam, że:

- w przeszłości nie rozpoznano u mnie oraz nie chorowałem(am), jak również nie choruję obecnie na:
 - a) zawał, chorobę wieńcową, wady serca lub inne przewlekłe choroby układu krążenia lub oddechowego,
 - b) nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, wątroby, zapalenie wątroby typu B lub C, cukrzycę, HIV,
 - c) nerwice, choroby psychiczne,
 - d) udar, paraliż, niedowład, choroby reumatyczne, choroby układu kostno-stawowego,
- obecnie nie przebywam na zwolnieniu lekarskim,
- w ciągu ostatnich 3 lat nie przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni (nie dotyczy ciąży),
- nigdy nie przebywałem(am) na rencie,
- nie mam orzeczonej niepełnosprawności,
- nie planuję poddać się zabiegowi operacyjnemu lub leczeniu.

Tak Nie

Jeżeli nie zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli zachodzi co najmniej jedna z wymienionych okoliczności, Ubezpieczony powinien zaznaczyć „Nie”.

Oświadczenie o wykonywanym zawodzie

Oświadczam, że nie wykonuję żadnego 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 nie zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Oświadczenia o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Przyjmuję do wiadomości, że szczegółowe warunki udzielania ochrony ubezpieczeniowej zawarte są wyłącznie w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, ogólnych warunkach dodatkowych grupowych ubezpieczeń oraz w polisie.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) oraz zapoznałem(am) się z warunkami ubezpieczenia, z zakresem ubezpieczenia, i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszego ubezpieczenia oraz akceptuję wskazane sumy ubezpieczenia.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z karencjami, które dla osób nowo przystępujących wynoszą: 10 miesięcy na urodzenie dziecka i urodzenie dziecka wymagającego leczenia oraz 6 miesięcy na inne zdarzenia ubezpieczeniowe z umów dodatkowych. Karencji nie stosuje się w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że zaprzestanie opłacania składki indywidualnej z tytułu kosztu ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka.

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

Oświadczam, że przystępując do ubezpieczenia 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.

Upoważnienie dla Towarzystwa

W zakresie określonym w art. 22 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2010 r. nr 11, poz. 66 z późn. zm.) upoważniam Towarzystwo do zasięgania u podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia – i wyrażam zgodę na udzielanie tych informacji Towarzystwu. W tym samym zakresie upoważniam Towarzystwo do zwracania się do innych zakładów ubezpieczeń o udostępnienie przetwarzanych przez te zakłady ubezpieczeń moich danych osobowych i o udzielenie innych niezbędnych informacji, w tym informacji medycznych – i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo uzyskanych w ten sposób moich danych osobowych oraz na udzielanie tych informacji Towarzystwu. Upoważnienia zawarte w dwóch zdaniach poprzedzających pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Tak

Jeżeli nie zaznaczono „Tak”, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie upoważnia Towarzystwa. W takim przypadku Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Upoważnienia dla Ubezpieczającego

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.

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;
- przesyłania zawiadomień i oświadczeń za pomocą listu elektronicznego (e-mail) lub wiadomości tekstowej SMS, lub faksu, lub telefonu, odpowiednio na wskazany w niniejszej deklaracji adres poczty elektronicznej, numer telefonu lub numer faksu.

Tak

Jeżeli nie zaznaczono „Tak”, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie upoważnia Ubezpieczającego. W takim przypadku Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Klauzula marketingowa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. i 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.

Tak

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

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

Tak

Jeżeli nie zaznaczono „Tak”, przyjmuje się, że Ubezpieczony 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 jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej 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.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń i deklaracji.

DDMMRRRR

Data _____ Miejscowość _____

Podpis Ubezpiezonego _____