



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Załącznik do Umowy generalnej nr 3

do polisy o numerze

Numer przedstawiciela

Deklaracja

uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie
Optymalny Wybór AXA dla Pakietu Pomoc na Raka

- Deklaracja uczestnictwa Deklaracja zmian: Zmiana wariantu
 danych Ubezpieczonego
 danych Uposażonego

Numer rachunku bankowego

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	Imię			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport			
Data urodzenia	PESEL			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Obywatelstwo	Seria i numer dokumentu tożsamości			
<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne	<input type="text"/>			
Telefon komórkowy	E-mail			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Numer domu/lokalu	Kraj

Dane Uposażonego

Nazwisko, imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Informacje dotyczące ubezpieczenia

Pomoc na Raka to ubezpieczenie, które jest wsparciem na każdym etapie choroby. Zależy nam na tym, aby warunki ubezpieczenia były jak najbardziej czytelne i zrozumiałe, a decyzja o przystąpieniu do ubezpieczenia w pełni świadoma, dlatego poniżej opisujemy ograniczenia, na które należy zwrócić uwagę przed przystąpieniem do ubezpieczenia:

- Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, które ukończyły 18. rok życia i nie ukończyły 50. roku życia.
- Ochrona ubezpieczeniowa osób dorosłych trwa nie dłużej niż do ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
- Ochrona ubezpieczeniowa dla danego dziecka trwa nie dłużej niż do ostatniego dnia roku polisy, w którym dane dziecko ukończyło 18. rok życia.
- Obowiązuje karenca liczona od daty przystąpienia do ubezpieczenia, wynosząca 6 miesięcy, co oznacza, że jeżeli rozpoznanie nowotworu lub jego objawów wystąpi przed datą rozpoczęcia ochrony lub w pierwszych 6 miesiącach, to świadczenia nie zostaną zrealizowane.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wystąpienie nowotworu u Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego jest następstwem niezalecanego przez lekarza zażycia przez odpowiednio Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV w momencie rozpoznania nowotworu odpowiednio u Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy objęcia ubezpieczeniem po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Szczegóły w Wyciągu z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych Umową generalną nr 3 – Pomoc na Raka (dalej: Wyciąg)

Oświadczenie medyczne Ubezpieczonego (wypełniane w przypadku wybrania pakietu dla Ubezpieczonego)

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pana/Pani lub jest Pan/Pani obecnie leczony(a) na nowotwór? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 2. Czy palił(a) Pan/Pani papierosy w ciągu ostatnich 12 miesięcy? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 3. Czy w Pana/Pani najbliższej rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) rozpoznano nowotwór przed 60. rokiem życia? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

Uwaga!

W przypadku wszystkich odpowiedzi NIE zaznacz krzyżykiem **składkę standardową** w wybranym wariantcie.

W przypadku odpowiedzi TAK na pytanie 2 albo 3 zaznacz krzyżykiem **składkę podwyższoną** w wybranym wariantcie.

W przypadku odpowiedzi TAK na pytanie 1 lub odpowiedzi TAK łącznie na pytania 2 i 3 **nie możesz przystąpić do ubezpieczenia.**

Składka miesięczna (Ubezpieczony może wybrać tylko jeden wariant dla siebie lub dla dziecka)

Pakiety dla Ubezpieczonego

Zakres ubezpieczenia	Wariant 40	Wariant 50	Wariant 60
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł	100 zł
Rozpoznanie i leczenie*	22 000 zł	29 000 zł	36 000 zł
Świadczenie okresowe**	1 000 zł	1 250 zł	1 500 zł
Ambulatoryjne świadczenia medyczne*	6 000 zł	6 000 zł	6 000 zł
Druga Opinia Medyczna**	tak	tak	tak
Assistance medyczny*	6 000 zł	6 000 zł	6 000 zł
Składka			
standardowa	<input type="checkbox"/> 25 zł	<input type="checkbox"/> 30 zł	<input type="checkbox"/> 35 zł
podwyższona	<input type="checkbox"/> 38 zł	<input type="checkbox"/> 45 zł	<input type="checkbox"/> 52 zł

* świadczenie przysługujące po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego, niezłośliwego guza mózgu, raka przedinwazyjnego (raka in situ)

** świadczenie dostępne po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu

Pakiety dla dziecka Ubezpieczonego

Zakres ubezpieczenia	Wariant 30	Wariant 40
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Rozpoznanie i leczenie**	15 000 zł	22 000 zł
Świadczenie okresowe**	750 zł	1 000 zł
Ambulatoryjne świadczenia medyczne**	6 000 zł	6 000 zł
Druga Opinia Medyczna**	tak	tak
Assistance medyczny**	6 000 zł	6 000 zł
Składka		
	<input type="checkbox"/> 20 zł	<input type="checkbox"/> 25 zł

Dane dzieci (wypełnić w przypadku wybrania pakietu dla dziecka Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko, PESEL dzieci własnych lub przysposobionych. Pole informacyjne, nieobowiązkowe.

W przypadku wskazania danych dzieci zgoda na przetwarzanie danych osobowych wyrażona w dalszej części niniejszej deklaracji obejmuje również zgodę na przetwarzanie danych dzieci.

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Oświadczam że:

- został mi doręczony Wyciąg przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie kosztu składki ubezpieczeniowej;
- wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie Wyciągu i wyrażam zgodę na wysokości sum ubezpieczenia;

3) wyrażam zgodę na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, której wysokość jest mi znana i ją akceptuję;

4) zostałem(am) poinformowany(a), że zaprzestanie opłacania składki z tytułu kosztu ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem miesiąca polisy, 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 (00-867) przy ul. Chłodnej 51., (dalej: AXA), moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, zawartych w tej deklaracji 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 grupowego. W przypadku braku zgody AXA na przystąpienie do umowy grupowego ubez-

pieczenia lub wystąpienia Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego, lub odstąpienia, wygaśnięcia, lub rozwiązania umowy ubezpieczenia grupowego 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 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.

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 adres mojej poczty elektronicznej.

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 również do:

- odbierania w moim imieniu wszelkich oświadczeń i informacji, do których przekazywania Ubezpieczonemu zobowiązana jest AXA w związku z zawarciem, wykonywaniem i zmianą umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz;
- przesyłania zawiadomień, oświadczeń oraz pism za pomocą listu elektronicznego (e-mail) lub wiadomości tekstowej SMS, odpowiednio na wskazany w niniejszej deklaracji adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.

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 krótki, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie wyraża zgody.

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

Tak Nie

Jeżeli nie zaznaczono krótki, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie wyraża zgody.

Upoważnienie dla AXA oraz poniżej wskazanych podmiotów

Upoważniam AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: AXA) oraz Partnera medycznego do zasięgnięcia 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 Życie Towarzystwa Ubezpieczeń S.A.

Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie AXA oraz Partnerowi medycznemu 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 będą zapytywali w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie AXA oraz Partnerowi medycznemu 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 do zasięgnięcia informacji w:

– Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności AXA;

– 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 i upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Poniższym podpisem potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń i deklaracji, które mnie dotyczą.

D D M M R R R R R R

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

12651215