



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Deklaracja

uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Optymalny Wybór AXA

☐ współmałżonka pracownika ☐ pełnoletniego dziecka pracownika

☐ Deklaracja uczestnictwa ☐ Deklaracja zmian: ☐ danych Ubezpieczonego
☐ osób uposażonych
☐ wskazania partnera

Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami.

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

Dane Ubezpieczającego

Nazwa

Dane ubezpieczonego pracownika*

Nazwisko Imię PESEL

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko Imię / Imiona

DDMMRRRR PESEL
Data urodzenia

Nazwisko panieńskie matki Telefon kontaktowy

Prosimy o podanie adresu do korespondencji.

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	<u>DDMMRRRR</u> Data urodzenia	<u> </u> Stopień pokrewieństwa	<u> </u> % Procentowy udział w świadczeniu
2. Nazwisko, imię	<u>DDMMRRRR</u> Data urodzenia	<u> </u> Stopień pokrewieństwa	<u> </u> % Procentowy udział w świadczeniu
3. Nazwisko, imię	<u>DDMMRRRR</u> Data urodzenia	<u> </u> Stopień pokrewieństwa	<u> </u> % Procentowy udział w świadczeniu
4. Nazwisko, imię	<u>DDMMRRRR</u> Data urodzenia	<u> </u> Stopień pokrewieństwa	<u> </u> % Procentowy udział w świadczeniu

Składka ochronna indywidualna

☐ Kwota ☐ % wynagrodzenia

 zł %

Oświadczenia

1. Czy jest Pan(i) ubezpieczony(a) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie w AXA Życie Towarzystwie Ubezpieczeń S.A.?

☐ Tak☐ Nie

2. Czy w dniu podpisania niniejszej deklaracji przebywa Pan(i) na trwającym ponad 14 dni zwolnieniu lekarskim?

☐ Tak☐ Nie

3. Czy w ciągu ostatnich 24 miesięcy rozpoznano u Pana/Pani lub był(a) Pan/Pani leczony(a) z powodu chorób, takich jak: zawał serca, zaawansowana niewydolność krążenia objawiająca się m.in. obrzękami kończyn dolnych, udar lub wylew, nowotwór złośliwy, marskość wątroby, HIV lub AIDS?

☐ Tak☐ Nie

4. Czy jest Pan(i) osobą niepełnosprawną?

☐ Tak☐ Nie

5. Czy starał(a) się Pan(i) albo posiada Pan(i) rentę z tytułu niezdolności do pracy?

☐ Tak☐ Nie

Oświadczenie I

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o warunkach umowy ubezpieczenia wskazane 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.

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.

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie dodatkowe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w niniejszej deklaracji przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz AXA Polska S.A. z siedzibami w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 w celach marketingowych i statystycznych oraz na udostępnianie tych danych podmiotom Grupy AXA (tj. AXA S.A., spółce prawa francuskiego, z siedzibą w Paryżu (75008), 25, avenue Matignon, Francja, oraz innym podmiotom pośrednio lub bezpośrednio kontrolowanym przez AXA S.A., w tym AXA Towarzystwu Ubezpieczeń S.A., AXA Powszechnemu

Towarzystwu Emerytalnemu S.A. i Avanssur S.A. Oddział w Polsce) i na ich przetwarzanie przez te podmioty w celach marketingowych i statystycznych. Zgoda na przetwarzanie moich danych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel ich przetwarzania. Oświadczam, że jestem świadomy(a) dobrowolności udostępnienia moich danych osobowych oraz że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie wglądu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania.

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Wypełnia Ubezpieczający

Przystąpienie do ubezpieczenia

Data nabycia praw do ubezpieczenia

1. Ubezpieczony złożył deklarację w ciągu 3 miesięcy od dnia nabycia praw do ubezpieczenia

☐ Tak☐ Nie

2. Ubezpieczony złożył deklarację w terminie późniejszym niż wskazany w pkt. 1

☐ Tak☐ Nie

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.

Data

Miejscowość

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego