



więcej / niż standard

ubezpieczenia

obowiązuje od 01.11.2007 r.

Deklaracja

uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Optymalny Wybór AXA

☐ 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

Nazwisko

Imię / Imiona

D D M M R R R R

Data urodzenia

PESEL

Nazwisko panieńskie matki

Prosimy o podanie adresu do korespondencji.

Telefon kontaktowy

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

D D M M R R R R

Data urodzenia

Stopień
pokrewieństwa

Procentowy udział
w świadczeniu

2. Nazwisko, imię

D D M M R R R R

Data urodzenia

Stopień
pokrewieństwa

Procentowy udział
w świadczeniu

3. Nazwisko, imię

D D M M R R R R

Data urodzenia

Stopień
pokrewieństwa

Procentowy udział
w świadczeniu

Dane / Zmiana* partnera (zmiana wskazania partnera możliwa jest wyłącznie w rocznicę polisy)

Wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony Główny nie pozostaje w związku małżeńskim w dniu wypełnienia deklaracji i wskazuje do objęcia ochroną ubezpieczeniową osobę, z którą pozostaje w związku pozamałżeńskim (dotyczy wyłącznie zakresu, dla którego życie lub zdrowie partnera jest przedmiotem ubezpieczenia).

Nazwisko, imię

PESEL

Składka ochronna indywidualna

☐ Kwota

☐ % wynagrodzenia

zł

%

Oświadczenia

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 ☐

Oświadczenie I

Oświadczam, że zostałem poinformowany 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 zasięgnięcia 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 zasięgnięcia informacji w sądzie, prokuraturze, policji oraz innych organach i instytucjach w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia 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 Ubezpiezonego

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 Ubezpiezonego

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 Ubezpiezonego

Wypełnia Ubezpieczający

Przystąpienie do ubezpieczenia

Data rozpoczęcia pracy u Ubezpieczającego

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

3. Czy Ubezpieczony przebywa na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim w dniu podpisania niniejszej deklaracji?

☐ 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 zapytano.

Data

Miejscowość

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego