

**Oświadczenie ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia**

Oświadczam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia:

- 1) została przeprowadzona ze mną rozmowa identyfikująca moje potrzeby i wymagania w zakresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) zostały mi podane obiektywne informacje o proponowanym produkcie, pozwalające na podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia;
- 3) zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z telekonsultacjami medycznymi oraz dokument Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na odległość również Obowiązki informacyjne wynikające z ustawy o prawach konsumenta.

Oświadczam, że wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Czytelny podpis ubezpieczającego będącego ubezpieczonym

## Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z telekonsultacjami medycznymi

Numer wniosku \_\_\_\_\_ Numer rachunku bankowego \_\_\_\_\_

Jeśli ubezpieczający działa przez przedstawiciela (np. pełnomocnika), do wniosku powinien być załączony Formularz AML i rezydencji podatkowej.

**Dane ubezpieczającego będącego ubezpieczonym**

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię, imiona \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia DD MM RR RR RR RR Płeć  kobieta  mężczyzna Państwo urodzenia \_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości  dowód osobisty  paszport  karta pobytu Obywatelstwo  polskie  inne \_\_\_\_\_  
jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie \_\_\_\_\_

Pod wskazany niżej numer telefonu/adres e-mail wysyłana będzie wszelka korespondencja dotycząca ubezpieczenia, w tym m.in. informacje o powstaniu niedopłaty lub braku wpływu składki.

Telefon komórkowy \_\_\_\_\_ E-mail (wypełnij dużymi drukowanymi literami) \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania**

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

**Oświadczenie dotyczące posiadania statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne**

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.<sup>1</sup>Ubezpieczający będący ubezpieczonym:  Tak  Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

**Dane Uposażonego**Nazwisko, imię \_\_\_\_\_ Data urodzenia DD MM RR RR RR RR Procentowy udział w świadczeniu **100** %**Zakres ubezpieczenia i składka**

Zaznacz wybraną formę ubezpieczenia.

|                             | <input type="checkbox"/> forma indywidualna  | <input type="checkbox"/> forma rodzinna  |
|-----------------------------|--|--|
| <b>Zakres ubezpieczenia</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego: 100 zł</li><li>■ Nielimitowana liczba konsultacji</li><li>■ dostęp do telekonsultacji medycznych dla ubezpieczonego z: internistą, alergologiem, dermatologiem, diabetologiem, endokrynologiem, ginekologiem, kardiologiem, onkologiem, wenerologiem</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego: 100 zł</li><li>■ Nielimitowana liczba konsultacji</li><li>■ dostęp do telekonsultacji medycznych dla ubezpieczonego i współmałżonka albo partnera oraz dzieci z: internistą, pediatrą, alergologiem, dermatologiem, diabetologiem, endokrynologiem, ginekologiem, kardiologiem, onkologiem, wenerologiem</li></ul> |
| <b>Składka roczna</b>       | <b>96 zł</b>   | <b>240 zł</b>  |

**Dane współmałżonka albo partnera oraz dzieci (wypełnij tylko w przypadku zawarcia umowy w formie rodzinnej)**

|                            |   |  |  |
|----------------------------|---|--|--|
| 1. _____<br>Nazwisko, imię | _____<br>PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano<br>seria i numer dokumentu tożsamości<br><input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu | _____<br>Data urodzenia (jeśli brak numeru<br>PESEL) | <input type="checkbox"/> dziecko<br><input type="checkbox"/> współmałżonek/<br>partner |
| 2. _____<br>Nazwisko, imię | _____<br>PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano<br>seria i numer dokumentu tożsamości<br><input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu | _____<br>Data urodzenia (jeśli brak numeru<br>PESEL) | <input type="checkbox"/> dziecko<br><input type="checkbox"/> współmałżonek/<br>partner |
| 3. _____<br>Nazwisko, imię | _____<br>PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano<br>seria i numer dokumentu tożsamości<br><input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu | _____<br>Data urodzenia (jeśli brak numeru<br>PESEL) | <input type="checkbox"/> dziecko<br><input type="checkbox"/> współmałżonek/<br>partner |
| 4. _____<br>Nazwisko, imię | _____<br>PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano<br>seria i numer dokumentu tożsamości<br><input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu | _____<br>Data urodzenia (jeśli brak numeru<br>PESEL) | <input type="checkbox"/> dziecko<br><input type="checkbox"/> współmałżonek/<br>partner |

**Oświadczenie o posiadaniu zgody na objęcie ochroną współmałżonka albo partnera oraz dzieci (dotyczy formy rodzinnej)**

Oświadczam, że posiadam zgodę wyżej wskazanych przeze mnie osób na objęcie ich ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia na życie z telekonsultacjami medycznymi.

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwałą nośnik i komunikację elektroniczną**

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, także na innym niż papier, trwałym nośniku<sup>2</sup> oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie w niniejszym wniosku adres e-mail.

Wnoszę o przesyłanie mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany w niniejszym wniosku adres e-mail.

**Klauzula marketingowa (kod: 1AP1518)**

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 TUIR 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 telefonicznie)
  - 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.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis ubezpieczającego będącego ubezpieczonym

**Pośrednik ubezpieczeniowy**

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku oraz oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| _____<br>Nazwisko            | _____<br>Imię  |   |
| _____<br>Numer systemowy AXA | _____<br>Numer nadany u Partnera Zewnętrznego (jeśli nadano) | _____<br>Pieczęćka i czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego |

1. Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy z 1.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków). Pełną definicję znajdziesz także w dokumencie „Definicja PEP” w Pomoc i Obsługa na axa.pl.

2. Trwały nośnik to materiał lub urządzenie umożliwiające użytkownikowi przechowywanie informacji w sposób zapewniający: (a) dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji, oraz (b) odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. Trwałym nośnikiem jest np. plik PDF wysyłany na adres e-mail lub przekazany na płycie CD lub na pendrive.