



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Numer konta

Numer przedstawiciela

## Deklaracja

uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie  
Optymalny Wybór AXA dla grup nieformalnych

- Deklaracja uczestnictwa     Deklaracja zmian:     Zmiana podgrupy
- danych Ubezpieczonego
- osób uposażonych

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="text"/>   | <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"/>                    |
| <input type="text"/>   | Telefon komórkowy                       |
| <input type="text"/>   | E-mail                                  |

**Uwaga! Pod wskazany numer telefonu/e-mail będą wysyłane powiadomienia w przypadku powstania 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                 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### Dane Uposażonych

Suma procentowych udziałów w świadczeniu musi wynosić 100.

|                |                      |                       |                                 |                      |
|----------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------|
| 1.             | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>            | <input type="text"/> |
| Nazwisko, imię | Data urodzenia       | Stopień pokrewieństwa | Procentowy udział w świadczeniu |                      |
| 2.             | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>            | <input type="text"/> |
| Nazwisko, imię | Data urodzenia       | Stopień pokrewieństwa | Procentowy udział w świadczeniu |                      |

### Składka miesięczna

,  zł

## Oświadczenie medyczne

Oświadczam, że:

- przez ostatnie 10 lat nie rozpoznano u mnie chorób serca, niewydolności krążenia, udaru mózgu, epilepsji, niedowładu, chorób płuc, chorób nerek, chorób psychicznych, cukrzycy, chorób wątroby, chorób reumatycznych, chorób zakaźnych (w szczególności WZW typu B, typu C, HIV), guza lub nowotworu,
- nie chorowałem(am), jak również nie choruję na ww. choroby,
- nie zamierzam się poddać leczeniu ani nie planuję hospitalizacji i leczenia operacyjnego w związku z ww. chorobami,
- w ciągu ostatnich 3 lat nie przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 kolejno następujących po sobie dni (nie dotyczy ciąży),
- w dniu podpisania deklaracji nie przebywam na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy ciąży) ani nie pobieram świadczeń rehabilitacyjnych,
- nie mam orzeczonej częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy.

Tak  Nie

Jeżeli zaznaczono „Nie”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową.

## 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 sunnic, 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), przewożenie paliw lub ładunków niebezpiecznych, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000 V, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, sportowiec, kierowca pościgowy 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

Oświadczam że:

- 1) został mi doręczony Wyciąg z Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną nr 2 (dalej: Wyciąg), przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie kosztu składki ubezpieczeniowej;
- 2) 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;
- 5) zapoznałem(am) się z karencjami (okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia spowodowanych wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem), 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.

## 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 ubezpieczenia 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 swoich 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 zobowiązane jest AXA w związku z zawarciem, wykonywaniem i zmianą umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz;
- przesyłania wiadomości, 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 kratki, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie wyraża zgody.

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

Tak  Nie

Jeżeli nie zaznaczono kratki, 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 danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania 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 Powszechne 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.

## Upoważnienia dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów

Upoważniam AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: AXA) oraz Partnera Medycznego AXA 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.

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

Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych.

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

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

– innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ubezpieczony 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, 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