



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Kod dokumentu: 798\_0918

# Wniosek

o dokonanie zmian w ubezpieczeniu na życie Ochrona z Plusem dla klienta indywidualnego

Zmiana:

- danych Ubezpieczonego     osób Uposażonych     zakresu ubezpieczenia

Prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami. Wszelkie dokonywane poprawki powinny być potwierdzone podpisem.

## Dotychczasowe dane osoby, której dane mają ulec zmianie

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PESEL (w przypadku obywatelstwa innego niż polskie: data urodzenia)

## Proszę o zmianę następujących danych

Prosimy podać tylko te dane, które ulegają zmianie. W przypadku gdy Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym, zmiana danych będzie odnosiła się zarówno do Ubezpieczającego, jak i do Ubezpieczonego. Zmiana będzie odnosiła się do każdego grupowego ubezpieczenia na życie lub ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, w ramach którego Ubezpieczony objęty jest ochroną.

- Ubezpieczonego     Ubezpieczającego

W przypadku zmiany nazwiska, serii i numeru dokumentu tożsamości konieczne jest załączenie do wniosku kserokopii dokumentu tożsamości potwierdzającego nowe dane albo złożenie wniosku u przedstawiciela AXA.

## Zmiana nazwiska

Nazwisko \_\_\_\_\_

## Seria i numer dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości

- dowód osobisty  
 paszport  
 karta pobytu

## Zmiana adresu zamieszkania

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

## Zmiana numeru telefonu lub adresu e-mail

\_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy    E-mail

## Zmiana Uposażonych

Prosimy wskazać polisę, w ramach której dane Uposażonego mają ulec zmianie.

\_\_\_\_\_  
Numer polisy    \_\_\_\_\_  
Numer polisy    \_\_\_\_\_  
Numer polisy    \_\_\_\_\_  
Numer polisy

Suma procentowych udziałów w świadczeniu musi wynosić 100.

1.	_____ Nazwisko, imię	_____ Data urodzenia	_____ Procentowy udział w świadczeniu
2.	_____ Nazwisko, imię	_____ Data urodzenia	_____ Procentowy udział w świadczeniu
3.	_____ Nazwisko, imię	_____ Data urodzenia	_____ Procentowy udział w świadczeniu

Powyższe zmiany obowiązują od dnia następującego po dniu otrzymania przez Towarzystwo niniejszego wniosku.

## Zmiana zakresu ubezpieczenia – Pakiet Ochronny

\_\_\_\_\_  
Numer polisy

**Wnioskowany kod wariantu  
stanowiącego załącznik do niniejszego wniosku:** \_\_\_\_\_

**Dodatkowe świadczenia medyczne i opiekuńcze:**  AXA MEDI – forma indywidualna  AXA MEDI – forma rodzinna

**Składka:** \_\_\_\_\_ zł      \_\_\_\_\_ zł      \_\_\_\_\_ zł  
Składka za pakiet      Składka za AXA MEDI      Łączna składka za pakiet i za AXA MEDI

Prosimy wypełnić oświadczenie medyczne oraz oświadczenie o wykonywanym zawodzie, jeśli wnioskowana zmiana wariantu wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia na:

- śmierć Ubezpieczonego, lub
- śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, lub
- poważne zachorowanie Ubezpieczonego, lub
- pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

### Oświadczenie medyczne

- 1) Czy przez ostatnie 5 lat prowadzono u Pana/Pani diagnostykę lub rozpoznano u Pana/Pani chorobę serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze krwi przekraczające wartości 160/100, udar mózgu, epilepsję, niedowład, choroby płuc, choroby nerek, choroby psychiczne, cukrzycę, choroby wątroby, choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane, choroby zakaźne (w szczególności WZW typu B, typu C, HIV), guza lub nowotwór?
- 2) Czy choruje Pan/Pani lub zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu w związku z ww. chorobami?
- 3) Czy przebywa Pan/Pani w szpitalu lub planuje hospitalizację i leczenie operacyjne?
- 4) Czy w ciągu ostatnich 3 lat przebywał(a) Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 kolejno następujących po sobie dni (nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złań pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń, zwichnięć)?
- 5) Czy ma Pan/Pani orzeczoną częściową lub całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji?
- Tak       Nie
- Należy zaznaczyć „Tak” w przypadku twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z pytań powyżej. Jeżeli zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zmiany zakresu ubezpieczenia.*
- Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.*

### Oświadczenie o wykonywanym zawodzie

Czy wykonuje Pan/Pani jeden 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 suwnic, 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 wykonujący pracę 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 wyścigowy i rajdowy, pracownik fizyczny przemysłu metalurgicznego w odlewniach, walcowniach?

Tak       Nie

*Jeżeli zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zmiany zakresu ubezpieczenia.*

*Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.*

## Zmiana zakresu ubezpieczenia – Pakiet Moje Dziecko

\_\_\_\_\_  
Numer polisy

### Wnioskowany wariant ubezpieczenia

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4
<input type="checkbox"/> 30 zł	<input type="checkbox"/> 35 zł	<input type="checkbox"/> 45 zł	<input type="checkbox"/> 65 zł

Powyższe zmiany zakresu ubezpieczenia obowiązują od rocznicy polisy, pod warunkiem przekazania Towarzystwu niniejszego wniosku najpóźniej w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy i uzyskania akceptacji Towarzystwa na dokonanie zmian, potwierdzonej polisą.

Ważność niniejszego wniosku wynosi 60 dni.

Uwaga! Podpisany wniosek należy przesłać na adres:

**AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa

lub e-mailem na adres: [grupynf.grupynf@axa.pl](mailto:grupynf.grupynf@axa.pl) – wysłanym z uprzednio wskazanego Towarzystwu adresu e-mail.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczającego

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są na: [www.axa.pl/rodo](http://www.axa.pl/rodo)

### Pośrednik ubezpieczeniowy

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

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Numer wewnętrzny/RAU

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego