

Dane partnera

Wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim w dniu wypełnienia deklaracji i wskazuje do objęcia ochroną ubezpieczeniową osobę, z którą pozostaje w związku pozamałżeńskim.

Nazwisko, imię _____

PESEL _____

Składka ochronna indywidualna

Kwota _____ zł

Deklaracja stanu zdrowia Ubezpieczonego

1. Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebywał(a) Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14 dni (nie dotyczy ciąży)? Tak Nie
2. Czy w przeszłości chorował(a) Pan/Pani lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej:
- a) zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, wady serca, nadciśnienie tętnicze krwi lub inne przewlekłe choroby układu krążenia Tak Nie
- b) niewydolność nerek Tak Nie
- c) przewlekłe choroby układu oddechowego z niewydolnością oddechową Tak Nie
- d) cukrzyca, przewlekłe zapalenie trzustki, zapalenie jelita grubego, inne przewlekłe choroby układu pokarmowego Tak Nie
- e) nowotwory Tak Nie
- f) udar, paraliż (porażenie), niedowład Tak Nie
- g) padaczka, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków lub innych używek), choroby psychiczne, stwardnienie rozsiane (SM), choroba Alzheimera, choroba Parkinsona Tak Nie
- h) wirusowe zapalenie wątroby typu B lub typu C, marskość wątroby, AIDS, zakażenie wirusem HIV Tak Nie
- i) choroby układu kostno-stawowego, takie jak: choroby reumatyczne, zwyrodnienia stawów, choroby mięśni, wypadania dysku lub urazy (w tym: złamania, zwichnięcia, naderwania), które pozostawiły trwałe następstwa; nie dotyczy np. drobnych złamań, skręceń i innych drobnych urazów, które nie pozostawiły po zakończonym leczeniu następstw w układzie kostno-stawowym Tak Nie
- j) inne choroby niewymienione powyżej, skutkujące hospitalizacją powyżej 30 dni Tak Nie
3. Czy ubiegał(a) się Pan/Pani lub otrzymywał(a) lub będzie się ubiegał o uzyskanie renty lub czy Pan/Pani zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona? Tak Nie
4. Czy w ciągu ostatniego roku był(a) Pan/Pani operowana(y) lub czy oczekuje Pan/Pani na wykonanie zabiegu operacyjnego? Tak Nie
5. Czy w przeszłości palił(a) Pan/Pani lub pali obecnie powyżej 30 sztuk papierosów dziennie? Tak Nie
6. Czy jest Pan/Pani ubezpieczony(a) na życie w naszym Towarzystwie na podstawie umowy:
- a) grupowego ubezpieczenia na życie bądź Tak Nie
- b) indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Tak Nie

Jeśli tak, prosimy podać numer polisy lub certyfikatu.

7. Prosimy podać nazwisko/nazwę, adres lekarza/przychodni, z których usług korzystał(a) Pan/Pani w przeszłości lub korzysta obecnie.

Jeśli nie ma Pan/Pani swojego lekarza, prosimy podać dane lekarza/przychodni, gdzie wykonywał(a) Pan/Pani badania (np. okresowe):

Deklaracja dotycząca wykonywanego zawodu

Czy wykonuje Pan/Pani którykolwiek z poniżej wymienionych zawodów o wysokim stopniu ryzyka: bokser; cieśla; cyrkowiec; dekarz; detektyw; drwal; dżokej; elektryk (wysokie napięcia), górnik; hutnik; kaskader; kierowca ciężarówek; kominiarz; marynarz; monter; murarz; nurek; ochroniarz; operator ciężkiego sprzętu; tynkarz; operator żurawia-dźwigu; pilot; policjant; strażak; wojskowy; pracownik pracujący: na wysokościach, przy budowie rusztowań, przy materiałach chemicznych, przy azbestie, żwirze, paliwach, w kamieniołomie, przy materiałach wybuchowych (w tym transport materiałów wybuchowych); rybak; spawacz;

sportowiec zawodowy; żołnierz służby zawodowej; saper; pirotechnik; kierowca wyścigowy i rajdowy; spadochroniarz; treser zwierząt; agent ochrony posługujący się bronią; osoba pracująca w służbach mundurowych posługująca się bronią, pracownik fizyczny zatrudniony w działach produkcyjnych przemysłu: wydobywczego, metalurgicznego, w odlewniach, w hutach, w walcowniach, w przemyśle chemicznym.

Tak Nie

Oświadczenia

Oświadczenie I

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) 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.

DDMMRRRR

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.

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie dodatkowe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., AXA Polska S.A. z siedzibami w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, oraz na udostępnianie tych danych innym podmiotom grupy AXA, w celach marketingowych i statystycznych oraz na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną

Tak, wyrażam zgodę

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 jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej 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 Życie Towarzystwo Ubezpieczeń 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.

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Wypełnia Ubezpieczający

Wnioskowana data ochrony ubezpieczeniowej

DDMMRRRR

Data

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.

DDMMRRRR

Data

Miejscowość

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego