



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Kod dokumentu: 1254\_0418

#### 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 na życie Ochrona z Plusem Pakiet Zdrowotny oraz dokument Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Oświadczam, że wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Zofia Chorowitka

Czytelny podpis Ubezpieczającego

## Wniosek

o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem  
Pakiet Zdrowotny

1 2 3 4 5 6 7 8 9

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 lub będącego rodzicem lub opiekunem prawnym w przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko)

CHOROWITKA

Nazwisko

ZOFIA

Imię, imiona

14 05 1978

Data urodzenia

78051403451

PESEL

Płeć ☒ kobieta ☐ mężczyzna

POLSKA

Państwo urodzenia

Obywatelstwo

☒ polskie ☐ inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)

221985016

Seria i numer dokumentu tożsamości

☒ dowód osobisty  
☐ paszport  
☐ karta pobytu

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.

510481016

Telefon komórkowy

chorowitka.z@gmail.com

E-mail

#### Adres zamieszkania

ZDROWOTNA

Ulica

17 / 5A

Numer domu/lokalu

KATOWICE

Miejscowość

15-963 POLSKA

Kod pocztowy

Kraj

Dane Ubezpieczonego (wypełniane w przypadku formy indywidualnej gdy Ubezpieczonym jest dziecko Ubezpieczającego)

CHOROWITKA

Nazwisko

ADA

Imię, imiona

07 06 2006

Data urodzenia

06260707024

PESEL

Obywatelstwo

☒ polskie ☐ inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)

#### Adres zamieszkania

ZDROWOTNA

Ulica

17 / 5A

Numer domu/lokalu

KATOWICE

Miejscowość

15-963 POLSKA

Kod pocztowy

Kraj

#### Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (sekcja 1)

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: ☐ Tak ☒ Nie

#### Dane Uposażonego

CHOROWITKA ZOFIA

Nazwisko, imię

14 05 1978

Data urodzenia

100%

Procentowy udział  
w świadczeniu

#### Forma, wariant, składka miesięczna

Forma	Wariant Podstawowy	Wariant Rozszerzony
indywidualna	<input type="checkbox"/> 68 zł	<input checked="" type="checkbox"/> 130 zł
rodzinna	<input type="checkbox"/> 169 zł	<input type="checkbox"/> 325 zł

1. Zgodnie z definicją w ustawie 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, współmałżonków).

Dane współubezpieczonych (wypełniane w przypadku formy rodzinnej)

1.

Nazwisko, imię

E-mail

PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)

Obywatelstwo

☐ współmałżonek/partner  
☐ dziecko

2.

Nazwisko, imię

E-mail

PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)

Obywatelstwo

☐ współmałżonek/partner  
☐ dziecko

3.

Nazwisko, imię

E-mail

PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)

Obywatelstwo

☐ współmałżonek/partner  
☐ dziecko

Oświadczenie Ubezpieczonego (w przypadku gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym) (sekcja 2)

Oświadczam, że:

1) przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem Pakiet Zdrowoty;

2) wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie ww. dokumentu, w tym na wysokości sum ubezpieczenia;

3) upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia, która zostanie zawarta na podstawie niniejszego wniosku, w szczególności w zakresie podmiotu ubezpieczenia i sum ubezpieczenia.

Zgoda współubezpieczonych na zawarcie umowy ubezpieczenia, upoważnienie do udzielania zgody na zmianę warunków ubezpieczenia (sekcja 3)

Oświadczam że:

1) przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Zdrowotnego, na podstawie których zawarta zostanie zgodnie z niniejszym wnioskiem umowa ubezpieczenia;

2) wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie ww. dokumentów, w tym na wysokość sum ubezpieczenia.

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia, która zostanie zawarta na podstawie niniejszego wniosku, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia oraz wysokości składki.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną (sekcja 4)

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i po jej zawarciu, na trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na podany adres e-mail.

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

Klauzula marketingowa Ubezpieczającego (kod: 1AP1254) (sekcja 5)

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

Oferty mogą być mi przedstawiane:

☐ głosowo (np. połączenia telefoniczne)

☐ mailem

☐ poprzez SMS

☐ za pośrednictwem mediów społecznościowych

☐ za pośrednictwem serwisów transakcyjnych AXA

☐ w grach i wirtualnej rzeczywistości (VR)

☐ pocztą tradycyjną

Wszystkie spółki z siedzibą przy ul. Chłodnej 51 w Warszawie (00-867).

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.

Upoważnienia dla Towarzystwa (sekcja 6)

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Życie TU S.A. (AXA) oraz Partnera Medycznego AXA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;

2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;

3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;

4) przyczynę mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji AXA i Partnerowi Medycznemu AXA.

Wyrażam zgodę na przekazywanie 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 do zasięgania informacji w:

1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności AXA;

2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) 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, które mnie dotyczą.

Ubezpieczający składa oświadczenie w sekcjach nr 1, 2, 4, 5 i 6

08 05 2018

Data

Podpis

Czytelny podpis Ubezpieczającego (lub opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko Ubezpieczającego)

Współubezpieczony (2) składa oświadczenie w sekcjach nr 3, 4 i 6

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (2)\*

Współubezpieczony (1) składa oświadczenie w sekcjach nr 3, 4 i 6

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (1)\*

Współubezpieczony (3) składa oświadczenie w sekcjach nr 3, 4 i 6

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (3)\*

\* lub opiekuna prawnego w przypadku gdy współubezpieczonym jest osoba nieposiadająca pełnej zdolności do czynności prawnych

Pośrednik ubezpieczeniowy

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