



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Kod dokumentu (e-Agent): 520_0516

Wniosek

o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem
Pakiet Medycyna bez granic – Best Doctors

Numer wniosku

Numer rachunku bankowego

Dane Ubezpieczającego (rodzica lub opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko)

Nazwisko _____ Imię _____

Obywatelstwo
 polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____
PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)

W przypadku obywatelstwa innego niż polskie, prosimy podać serię i numer paszportu lub karty pobytu _____
 paszport karta pobytu _____
Kod kraju (w przypadku wskazania paszportu)

Adres do korespondencji

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

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

Telefon komórkowy _____ E-mail _____

Dane Ubezpieczonego (wypełniane w przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko)

Nazwisko _____ Imię _____

Obywatelstwo
 polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____
PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)

Adres do korespondencji

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

Dane Uposażonego

Nazwisko, imię _____

Data urodzenia _____

100%
Procentowy udział w świadczeniu

Podstawowe informacje dotyczące ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności

Medycyna bez granic – Best Doctors obejmuje organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych. Zależy nam na tym, aby warunki ubezpieczenia były jak najbardziej czytelne i zrozumiałe, a decyzja o zawarciu ubezpieczenia w pełni świadoma, dlatego poniżej opisujemy ograniczenia, na które należy zwrócić szczególną uwagę przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

- Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte osoby, które nie ukończyły 65. roku życia.
- Ochrona ubezpieczeniowa trwa nie dłużej niż do ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 85. rok życia, z wyłączeniem świadczeń Opieki ambulatoryjnej w RP, które są realizowane do ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - 1) poważnych stanów chorobowych zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych oraz których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - 2) poważnych stanów chorobowych spowodowanych chorobą, o którą Towarzystwo zapytywało przed zawarciem lub przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, zdiagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną, lub której objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony, i o którą Towarzystwo zapytywało w poniższym oświadczeniu medycznym.

- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w okresie 6 miesięcy liczonych od daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej, co oznacza, że w okresie tym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z poważnym stanem chorobowym, który został zdiagnozowany, rozpoznany lub leczony lub którego objawy zostały po raz pierwszy zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej, z wyłączeniem poważnych stanów chorobowych, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą RP poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, jeżeli w momencie rozpoznania poważnego stanu chorobowego Ubezpieczony nie spełnił którejkolwiek z poniższych przesłanek: posiadał stałe miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz przebywał na terytorium RP przez okres dłuższy niż 183 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, chyba że powodem pobytu poza terytorium RP było korzystanie ze świadczeń w ramach Pakietu Medycyna bez granic – Best Doctors.

Szczegółowe informacje dotyczące umowy ubezpieczenia znajdują się w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Medycyna bez granic – Best Doctors.

Zakres ubezpieczenia i składka				
Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia/limit	Suma ubezpieczenia Kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia		
Medycyna bez granic – Best Doctors	Dруга opinia medyczna	zgodnie z OWUD	2 000 000 euro na cały okres ubezpieczenia limit: 1 000 000 euro na rok polisy	
	Opieka medyczna za granicą	Leczenie za granicą RP		zgodnie z OWUD
		Podróż lub transport		zgodnie z OWUD
		Zakwaterowanie		zgodnie z OWUD
		Repatriacja zwłok		zgodnie z OWUD
		Świadczenie pieniężne za każdy dzień pobytu w szpitalu Maksymalnie za 60 dni na poważny stan chorobowy		100 euro
Opieka ambulatoryjna w RP	Zakup leków po powrocie do RP	50 000 zł		
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł		
Program Rabatowy AXA Benefit	✓			
Składka miesięczna dla osób, które nie ukończyły 18. roku życia		41 zł		
Składka miesięczna dla osób, które ukończyły 18. rok życia		97 zł		

Składka miesięczna za Ubezpieczonego po rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez niego 65. roku życia wynosi 151 zł.

Oświadczenie medyczne Ubezpieczonego

Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat był(a) Pan/Pani hospitalizowany(a), leczony(a), diagnozowany(a), pozostawał(a) pod obserwacją lekarską z któregośkolwiek z poniższych powodów:

- 1) nowotworu lub innych form rozrostu złośliwego, włączając ziarnicę (chorobę Hodgkina),
- 2) jakiegokolwiek zmiany guzowatej lub torbieli w obrębie czaszki, mózgu lub rdzenia kręgowego,
- 3) białaczki lub innej choroby hematologicznej wymagającej leczenia przez okres ponad 1 miesiąca,
- 4) jakiegokolwiek nowotworu przedinwazyjnego lub in situ, włączając m.in. nowotwory piersi, ginekologiczne, pęcherza lub prostaty,
- 5) udaru lub krwawienia do mózgu,
- 6) cukrzycy,
- 7) jakiegokolwiek choroby serca (z wyłączeniem leczenia z powodu wysokiego/niskiego ciśnienia lub wysokiego cholesterolu) lub

czy obecnie oczekuje Pan/Pani na wyniki badań diagnostycznych w związku z którąś z ww. chorób?

Tak Nie

Odpowiedź „Tak” oznacza brak możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.

Oświadczenie o zawarciu umowy ubezpieczenia na życie

Oświadczam że:

- 1) zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Medycyna bez granic – Best Doctors (dalej: OWU), przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową;
- 2) wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie OWU 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 trybie opisanym w OWU;
- 5) zapoznałem(am) się z okresem wyłącznej odpowiedzialności Towarzystwa, wynoszącym 6 miesięcy, liczonym od daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej.

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych w związku z realizacją umowy ubezpieczenia na życie

Oświadczam, że 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 tym wniosku 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. W przypadku niezawarcia, odstąpienia lub roz-

wiązania umowy ubezpieczenia 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.

Oświadczenia o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną

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 przeze mnie adres e-mail.

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

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 „Tak”, przyjmuje się, że Ubezpieczający nie wyraża zgody.

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

Tak Nie

Jeżeli nie zaznaczono „Tak”, przyjmuje się, że Ubezpieczający nie wyraża zgody.

Upoważnienie dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów

Upoważniam AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: AXA), Best Doctors Services S.L.U., reasekuratora 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 leczylem(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 podmiotom wskazanym powyżej 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 inny powyżej wskazany podmiot będą zapytawali w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie AXA oraz podmiotom wskazanym powyżej przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności AXA oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

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 Powszechnie 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.

Upoważniam AXA oraz podmioty wskazane powyżej do zasięgnięcia informacji w:
1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, 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 upoważnienia pozostają w mocy także po mojej śmierci. **W przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko, powyższe oświadczenia odnoszą się do dziecka.**

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

 D D M M R R R R R R

Data _____ Podpis Ubezpieczającego (rodzica lub opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko)

Pośrednik

Nazwisko _____ Imię _____

Numer systemowy AXA _____

Pieczętka i podpis Pośrednika _____

Numer Przedstawiciela (dotyczy struktur zewnętrznych) _____