



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Kod dokumentu (e-Agent): 656_0516

Wniosek

o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem
Pakiet Pomoc na Raka

Numer wniosku

Numer rachunku bankowego

Dane Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym (w pakiecie dla dziecka: rodzica, opiekuna prawnego)

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 Uposażonego

Nazwisko, imię _____
Data urodzenia DDMMRRRR Procentowy udział w świadczeniu **100**%

Dane dzieci (wypełnić w przypadku wybrania pakietu dla dziecka)

Nazwisko i imię, PESEL dzieci własnych lub przysposobionych. Pole informacyjne, nieobowiązkowe.

W przypadku wskazania danych dzieci zgoda na przetwarzanie danych osobowych wyrażona w dalszej części niniejszego wniosku obejmuje również zgodę na przetwarzanie danych dzieci.

Podstawowe informacje dotyczące ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności

Pomoc na Raka zapewnia wsparcie na każdym etapie choroby. Zależy nam na tym, aby warunki ubezpieczenia były jak najbardziej czytelne i zrozumiałe, a decyzja o zawarciu umowy ubezpieczenia w pełni świadoma, dlatego poniżej opisujemy ograniczenia, na które należy zwrócić uwagę przed zawarciem ubezpieczenia.

- Umowa ubezpieczenia może być zawarta przez osobę, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 50. roku życia w przypadku pakietu dla Ubezpieczonego, i 69. rok życia w przypadku pakietu dla dziecka.
- Ochrona ubezpieczeniowa względem osób dorosłych trwa do ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
- Ochrona ubezpieczeniowa względem danego dziecka trwa do ostatniego dnia roku polisy, w którym dane dziecko ukończyło 18. rok życia.
- Obowiązuje karenca (czyli okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest

wyłączona) liczona od daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej, wynosząca 6 miesięcy, co oznacza, że jeżeli rozpoznanie nowotworu lub jego objawów wystąpi przed datą rozpoczęcia ochrony lub w pierwszych 6 miesiącach, to świadczenia nie zostaną zrealizowane.

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wystąpienie nowotworu u Ubezpieczonego lub dziecka jest następstwem niezalecanego przez lekarza zażycia przez odpowiednio Ubezpieczonego lub dziecko leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV w momencie rozpoznania nowotworu odpowiednio u Ubezpieczonego lub dziecka.

Szczegółowe informacje dotyczące umowy ubezpieczenia znajdują się w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Pomoc na Raka.

Wybór pakietu

- Pakiet dla Ubezpieczonego Pakiet dla dziecka

Oświadczenie medyczne Ubezpieczonego (wypełniane w przypadku wybrania pakietu dla Ubezpieczonego)

- Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pana/Pani lub jest Pan/Pani obecnie leczony(a) na nowotwór? Tak Nie
- Czy palił(a) Pan/Pani papierosy w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Tak Nie
- Czy w Pana/Pani najbliższej rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) rozpoznano nowotwór przed 60. rokiem życia? Tak Nie

Uwaga!

W przypadku wszystkich odpowiedzi „Nie” należy zaznaczyć **składkę standardową** w wybranym wariantcie.

W przypadku odpowiedzi „Tak” na pytanie 2 albo 3 należy zaznaczyć **składkę podwyższoną** w wybranym wariantcie.

W przypadku odpowiedzi „Tak” na pytanie 1 lub odpowiedzi „Tak” łącznie na pytania 2 i 3 **nie ma możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia.**

Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.

Zakres ubezpieczenia i składka (Ubezpieczony może wybrać tylko jeden wariant dla siebie lub dla dziecka)

Pakiety dla Ubezpieczonego

Zakres ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia			
	Wariant 40	Wariant 50	Wariant 60	
Rozpoznanie i leczenie*	22 000 zł	29 000 zł	36 000 zł	
Świadczenie okresowe**	1 000 zł	1 250 zł	1 500 zł	
Ambulatoryjne świadczenia medyczne*	6 000 zł	6 000 zł	6 000 zł	
Druga Opinia Medyczna**	tak	tak	tak	
Assistance medyczny*	6 000 zł	6 000 zł	6 000 zł	
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł	100 zł	
Program Rabatowy AXA Benefit	✓	✓	✓	
Składka miesięczna	standardowa	<input type="checkbox"/> 25 zł	<input type="checkbox"/> 30 zł	<input type="checkbox"/> 35 zł
	podwyższona	<input type="checkbox"/> 38 zł	<input type="checkbox"/> 45 zł	<input type="checkbox"/> 52 zł

Pakiety dla dziecka

Zakres ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia	
	Wariant 30	Wariant 40
Rozpoznanie i leczenie**	15 000 zł	22 000 zł
Świadczenie okresowe**	750 zł	1 000 zł
Ambulatoryjne świadczenia medyczne**	6 000 zł	6 000 zł
Druga Opinia Medyczna**	tak	tak
Assistance medyczny**	6 000 zł	6 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Program Rabatowy AXA Benefit	✓	✓
Składka miesięczna	<input type="checkbox"/> 20 zł	<input type="checkbox"/> 25 zł

* świadczenie przysługujące po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego, niezłośliwego guza mózgu, raka przedinwazyjnego (raka in situ)

** świadczenie dostępne po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu

Oświadczenie dotyczące umowy ubezpieczenia na życie

Oświadczam że:

- 1) zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Pomoc na Raka (dalej: OWU);
- 2) zostałem(am) poinformowany(a), że zaprzestanie opłacania składki z tytułu kosztu ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia w trybie opisanym w OWU;
- 3) zapoznałem(am) się z karencją, wynoszącą 6 miesięcy, liczoną 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 oraz o nałogach, 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, odstą-

pienia lub rozwiązania 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.

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.

Upoważnienie 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 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 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 udzieli 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:

- 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 pakietu dla dziecka powyższe upoważnienia odnoszą się do dziecka.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data Podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym (w pakiecie dla dziecka, rodzica, opiekuna prawnego)

Pośrednik

Nazwisko

Imię

Numer systemowy AXA

Pieczętka i podpis Pośrednika

Numer Przedstawiciela (dotyczy struktur zewnętrznych)