

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA dla Pakietu Pomoc na Raka
UBEZPIECZAJĄCY: Stowarzyszenie Ubezpieczonych, ul. Borowska 246b/2, 50-558 Wrocław, tel. +48 71 785 46 57

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____
 PESEL: _____ Seria i nr dokumentu tożsamości: _____ Obywatelstwo: _____
 Telefon: _____ e-mail: _____
 Adres do korespondencji (ulica, miejscowość, kod): _____

DANE UPOSAŻONYCH:

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu (%)
1.			
2.			
3.			

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA:

Pomoc na Raka to ubezpieczenie, które jest wsparciem na każdym etapie choroby. Zależy nam, aby warunki ubezpieczenia były jak najbardziej czytelne i zrozumiałe, a decyzja o przystąpieniu do ubezpieczenia w pełni świadoma, dlatego poniżej opisujemy ograniczenia, na które należy zwrócić uwagę przed przystąpieniem do ubezpieczenia:

- Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, które ukończyły 18. rok życia i nie ukończyły 50. roku życia.
- Ochrona ubezpieczeniowa osób dorosłych trwa nie dłużej niż do ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
- Ochrona ubezpieczeniowa dla danego dziecka trwa nie dłużej niż do ostatniego dnia roku polisy, w którym dane dziecko ukończyło 18. rok życia.
- Obowiązuje karenca liczona od daty przystąpienia do ubezpieczenia, 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 Ubezpieczonego jest następstwem niezalecanego przez lekarza zażycia przez odpowiednio Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego 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 u dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ubezpieczeniem po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

OŚWIADCZENIE MEDYCZNE UBEZPIECZONEGO

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

UWAGA!

W przypadku w 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 możesz przystąpić do ubezpieczenia**.

SKŁADKA MIESIĘCZNA

PAKIET DLA UBEZPIECZONEGO				PAKIET DLA DZIECKA UBEZPIECZONEGO		
ZAKRES UBEZPIECZENIA	WARIANT 40	WARIANT 50	WARIANT 60	ZAKRES UBEZPIECZENIA	WARIANT 30	WARIANT 40
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł	100 zł	Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Rozpoznanie i leczenie(*)	22 000 zł	29 000 zł	36 000 zł	Rozpoznanie i leczenie(**)	15 000 zł	22 000 zł
Świadczenia okresowe(**)	1 000 zł	1 250 zł	1 500 zł	Świadczenia okresowe(**)	750 zł	1 000 zł
Ambulatoryjne świadczenia medyczne(*)	6 000 zł	6 000 zł	6 000 zł	Ambulatoryjne świadczenia medyczne(**)	6 000 zł	6 000 zł
Druga Opinia Medyczna(**)	tak	tak	tak	Druga Opinia Medyczna(**)	tak	tak
Assistance Medyczny(*)	6 000 zł	6 000 zł	6 000 zł	Assistance Medyczny(**)	6 000 zł	6 000 zł
SKŁADKA STANDARDOWA	<input type="checkbox"/> 25 zł	<input type="checkbox"/> 30 zł	<input type="checkbox"/> 35 zł	SKŁADKA	<input type="checkbox"/> 20 zł	<input type="checkbox"/> 25 zł
SKŁADKA PODWYŻSZONA	<input type="checkbox"/> 38 zł	<input type="checkbox"/> 45 zł	<input type="checkbox"/> 52 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

DANE DZIECI (wypełnić w przypadku wybrania pakietu dla dziecka Ubezpieczonego)

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

OŚWIADCZENIE O PRZYSTĄPIENIU DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Przyjmuję do wiadomości, że szczegółowe warunki udzielenia ochrony ubezpieczeniowej zawarte są w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, Ogólnych warunkach dodatkowych grupowych ubezpieczeń oraz w polisie.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) oraz zapoznałem(am) się z warunkami ubezpieczenia, z zakresem ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszego ubezpieczenia oraz akceptuję wskazane wysokości świadczeń. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z karencjami, które wynoszą 6 miesięcy.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że zaprzestanie opłacania składki z tytułu kosztu ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka.

DEKLARACJA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Oświadczam, że przystępując do ubezpieczenia, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), Brokerskie Biuro Ubezpieczeń RAK Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Borowskiej 246b/2 oraz Stowarzyszenie Ubezpieczonych z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Borowskiej 246b/2, danych osobowych zawartych w tej deklaracji oraz w innych dokumentach przekazanych do Towarzystwa, Brokerskiego Biura Ubezpieczeń RAK Sp. z o.o. oraz Stowarzyszenia Ubezpieczonych w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową Towarzystwa, w tym w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz wykonywania zawartej umowy ubezpieczenia grupowego, oraz na powierzenie przez Towarzystwo przetwarzania innym podmiotom, w szczególności Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie oraz Inter Partner Assistance Polska S.A. (Partner medyczny) z siedzibą w Warszawie, na podstawie art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych, danych osobowych dla celów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia, 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 danych osobowych przez Towarzystwo, Brokerskie Biuro Ubezpieczeń RAK Sp. z o.o. oraz Stowarzyszenie Ubezpieczonych do celów archiwalnych.

Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępnianych danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do danych oraz ich poprawiania.

UPOWAŻNIENIE DLA TOWARZYSTWA

Upoważniam Towarzystwo oraz Partnera medycznego do zasięgania 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 oraz Partnerowi medycznemu przez lekarzy, placówki medyczne informacji o stanie mojego zdrowia, o które Towarzystwo lub Partner medyczny zapytywali w związku z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Upoważniam Towarzystwo oraz Partnera medycznego do zasięgania 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 udzielenie Towarzystwu oraz Partnerowi medycznemu 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. Upoważnienia zawarte w zdaniach poprzedzających pozostają w mocy także po mojej śmierci.

TAK

Jeżeli nie zaznaczono „TAK”, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie upoważnia Towarzystwa. W takim przypadku Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową.

UPOWAŻNIENIA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO

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.

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;
- przesyłania zawiadomień i oświadczeń za pomocą listu elektronicznego (e-mail) lub wiadomości tekstowej SMS, lub faksu, lub telefonu, odpowiednio na wskazany w niniejszej deklaracji adres poczty elektronicznej, numer telefonu lub numer faksu.

TAK

Jeżeli nie zaznaczono „TAK”, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie upoważnia Ubezpieczającego. W takim przypadku Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową.

KLAUZULA MARKETINGOWA

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, a także Brokerskie Biuro Ubezpieczeń RAK Sp. z o.o. i Stowarzyszenie Ubezpieczonych z siedzibami we Wrocławiu (50-558) przy ul. Borowskiej 246b/2, oraz na udostępnianie tych danych innym podmiotom grupy AXA w celach marketingowych i statystycznych.

TAK

NIE, NIE WYRAŻAM ZGODY

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od podmiotów grupy AXA, Brokerskiego Biura Ubezpieczeń RAK Sp. z o.o. oraz Stowarzyszenia Ubezpieczonych informacji handlowej drogą elektroniczną.

TAK

NIE, NIE WYRAŻAM ZGODY

Informujemy, że udostępnienie danych osobowych jest dobrowolne. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo dostępu do treści 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 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.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń i deklaracji.

Miejscowość

Data

Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

Data

Pieczętka i podpis Ubezpieczającego