



więcej / niż standard

bezpieczny.pl



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 ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Ochronnego (dalej: OWU) oraz dokument Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Oświadczam, że wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Czytelny podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

Wniosek

o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem
Pakiet Ochronny - Bezpieczny.pl

Numer wniosku

Numer rachunku bankowego

Dane Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

Nazwisko

Imię, imiona

PESEL (w przypadku obcokrajowców: data urodzenia)

D D M M R R R R

Data urodzenia

Płeć kobieta mężczyzna

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

dowód osobisty paszport karta pobytu

Obywatelstwo

polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

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.

Telefon komórkowy

E-mail

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

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.¹

Ubezpieczający będący Ubezpieczonym: Tak Nie

Dane Uposażonych

Suma procentowych udziałów w świadczeniu musi wynosić 100.

1. _____
Nazwisko, imię

D D M M R R R R

Data urodzenia

%
Procentowy udział
w świadczeniu

2. _____
Nazwisko, imię

D D M M R R R R

Data urodzenia

%
Procentowy udział
w świadczeniu

Składka miesięczna

_____, ____ 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).

Oświadczenie medyczne

- 1) Czy przez ostatnie 5 lat prowadzono u Pana/Pani diagnostykę lub rozpoznano u Pana/Pani chorobę serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze krwi przekraczające wartości 160/100, udar mózgu, epilepsję, niedowład, choroby płuc, choroby nerek, choroby psychiczne, cukrzycę, choroby wątroby, choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane, choroby zakaźne (w szczególności WZW typu B, typu C, HIV), guza lub nowotwór?
- 2) Czy choruje Pan/Pani lub zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu w związku z ww. chorobami?
- 3) Czy przebywa Pan/Pani w szpitalu lub planuje hospitalizację i leczenie operacyjne?
- 4) Czy w ciągu ostatnich 3 lat przebywał(a) Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym

- niż 30 kolejno następujących po sobie dni (nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń, zwichnięć)?
- 5) Czy ma Pan/Pani orzeczoną częściową lub całkowitą zdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji?

Tak Nie

Należy zaznaczyć „Tak” w przypadku twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z pytań powyżej. Jeżeli zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia. Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.

Oświadczenie o wykonywanym zawodzie

Czy wykonuje Pan/Pani jeden z niżej wymienionych zawodów:

pracownik budowlany wykonujący pracę na wysokości (powyżej 6 m), pod ziemią lub przy rozbiórce budynków, pracownik leśny pracujący przy pozyskiwaniu drewna, pracownik tartaku, operator dźwigów lub suwnic, artysta cyrkowiec, kaskader, pracownik platformy wiertniczej, górnik i inny pracownik przemysłu wydobywczego pracujący pod ziemią, marynarz i rybak, ratownik górski, wodny lub lotniczy, funkcjonariusz agencji bezpieczeństwa, służb specjalnych lub formacji uzbrojonych, straży miejskiej, leśnej, kolejowej oraz ochrony mienia posiadający broń palną, policjant, strażak, żołnierz zawodowy, korespondent wojenny, nurek lub inna osoba wykonująca prace pod wodą, pracownik przy lub z wykorzystaniem materiałów wybuchowych (w tym ich transport),

przewoźnik paliw lub ładunków niebezpiecznych, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000 V, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, sportowiec, kierowca wyścigowy i rajdowy, pracownik fizyczny przemysłu metalurgicznego w odlewniach, walcowniach?

Tak Nie

Jeżeli zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.

Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 (Towarzystwo), moich danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych

dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu, w celu wykonania umowy ubezpieczenia oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Oświadczenie 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

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych, tutaj podanych, w celach marketingowych, w tym otrzymywania ofert, zgodnie z poniższym wyborem: Zaznaczam wszystkie poniższe

Bezpieczny.pl Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Goplańskiej 56 w Gdańsku (80-178).

Oferty mogą być 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

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 oraz poniżej wskazanych podmiotów

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (AXA) oraz Partnera Medycznego AXA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informację 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 AXA i Partnerowi Medycznemu AXA ww. danych i dokumentacji.

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

Upoważniam AXA i Partnera Medycznego AXA do zasięgnięcia informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności AXA;
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych 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.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

DDMMRRRR

Data

Podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

Pośrednik / Opiekun

Imię i Nazwisko

Telefon

Numer opiekuna

Tabela świadczeń w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia

Stanowi integralną część wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem Pakiet Ochrony - Bezpieczny.pl

WYBIERZ PAKIET PREMIUM	WARIANT I	WARIANT II	karencja
	145zł miesięcznie	249zł miesięcznie	
Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Wysokość świadczenia wyrażona w złotych		
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	300 000	380 000	brak
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie NW	200 000	240 000	brak
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	100 000	170 000	6 miesięcy
Śmierć Ubezpieczonego	100 000	100 000	6 miesięcy
Uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w następstwie NW	100 000	100 000	brak
za 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie NW	1 000	1 000	brak
za 1 % uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie NW			
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu			
w następstwie wypadku komunikacyjnego	520	520	brak
w następstwie NW	320	320	brak
w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała	120	120	3 miesiące
OIOM / OIT	500	500	NW - brak
rekonwalescencja	250	250	brak
sanatorium	500	500	3 miesiące
świadczenia ambulatoryjne	TAK	TAK	3 miesiące
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego			
51 chorób i zabiegów w ramach Katalogu C	30 000	30 000	3 miesiące
30 konsultacji lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy	TAK	TAK	3 miesiące
Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka	Wysokość świadczenia wyrażona w złotych		
Śmierć współmałżonka w następstwie NW		40 000	brak
Śmierć współmałżonka		20 000	6 miesięcy
Zakres ubezpieczenia dla dziecka	Wysokość świadczenia wyrażona w złotych		
Śmierć dziecka w następstwie NW		10 000	brak
Śmierć dziecka		5 000	6 miesięcy
Pobyt dziecka w szpitalu			
w następstwie wypadku komunikacyjnego		250	brak
w następstwie NW		150	brak
w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała		50	3 miesiące
świadczenia ambulatoryjne		TAK	NW - brak
3 miesiące			3 miesiące
Poważne zachorowanie dziecka			
16 chorób i zabiegów		20 000	3 miesiące
30 konsultacji lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy		TAK	3 miesiące
Urodzenie się dziecka		1 700	10 miesięcy
Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia			
1-4 punktów w skali Apgar		4 250	10 miesięcy
5-8 punktów w skali Apgar, z wadą wrodzoną, urodzone jako wcześniak		3 400	10 miesięcy
12 konsultacji lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy		TAK	10 miesięcy
Zakres ubezpieczenia dla rodzica Ubezpieczonego / rodzica współmałżonka	Wysokość świadczenia wyrażona w złotych		
Śmierć rodziców Ubezpieczonego w następstwie NW		4 000	brak
Śmierć rodziców Ubezpieczonego		2 000	6 miesięcy
Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie NW		4 000	brak
Śmierć rodziców współmałżonka		2 000	6 miesięcy
Świadczenia opiekuńcze, medyczne i pozostałe	Dostępność świadczenia		
AXA 24 - świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny	TAK	TAK	brak
Program rabatowy AXA Benefit	TAK	TAK	brak
Wybieram wariant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wysokość świadczenia wskazuje maksymalną kwotę należną osobie uprawnionej z tytułu umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie składa się z sum ubezpieczenia jednej lub więcej umów dodatkowych. Przykładowo: świadczenie za śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW składa się z sum ubezpieczenia dla śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW.

Czytelny podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym