



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Polisa nr/Wniosek nr

## Wniosek

o dokonanie zmian w ubezpieczeniu na życie:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zmiana częstotliwości opłacania składek | <input type="checkbox"/> zawieszenie opłacania składek regularnych       |
| <input type="checkbox"/> rezygnacja z indeksacji                 | <input type="checkbox"/> wznowienie ochrony ubezpieczeniowej             |
| <input type="checkbox"/> wypowiedzenie umów dodatkowych          | <input type="checkbox"/> zmiana wysokości składki lub sumy ubezpieczenia |
| <input type="checkbox"/> zmiana ubezpieczenia na bezskładkowe    |  |

### Dane Ubezpieczającego

Nazwisko/nazwa firmy		Imię, imiona	
PESEL	NIP	Data urodzenia	
Obywatelstwo		Seria i numer dokumentu tożsamości	
<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne		<input type="checkbox"/> dowód osobisty	
		<input type="checkbox"/> paszport	
		<input type="checkbox"/> inny (podać jaki)	
Telefon kontaktowy	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> komórkowy	E-mail	

### Dane Ubezpieczonego

Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony jest inną osobą niż Ubezpieczający.

Nazwisko		Imię, imiona	
PESEL	Data urodzenia	Seria i numer dokumentu tożsamości	
Obywatelstwo		<input type="checkbox"/> dowód osobisty	
<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne		<input type="checkbox"/> paszport	
		<input type="checkbox"/> inny (podać jaki)	
Telefon kontaktowy	<input type="checkbox"/> stacjonarny <input type="checkbox"/> komórkowy	E-mail	

### A. Zmiana częstotliwości opłacania składek

roczna   
  półroczna   
  kwartalna   
  miesięczna

Data, od której obowiązuje zmiana

### B. Zmiana wysokości składki i sumy ubezpieczenia w umowie podstawowej

<input type="checkbox"/> podwyższenie	Nowa wysokość składki	Nowa wysokość sumy ubezpieczenia	Data, od której obowiązuje zmiana
<input type="checkbox"/> obniżenie	Nowa wysokość składki	Nowa wysokość sumy ubezpieczenia	Data, od której obowiązuje zmiana

### C. Wypowiedzenie umów dodatkowych, z dniem:

Data

- Nazwa umowy dodatkowej
- Nazwa umowy dodatkowej
- Nazwa umowy dodatkowej

## D. Zmiana ubezpieczenia na bezskładkowe

- wnioskuję o przekształcenie umowy w ubezpieczenie bezskładkowe

DDMMRRRR  
Data, od której obowiązuje zmiana

## E. Zawieszenie opłacania składek

- wnioskuję o zawieszenie opłacania składek

DDMMRRRR  
od dnia

DDMMRRRR  
do dnia

## F. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej

- wnioskuję o wznowienie umowy ubezpieczenia

## Oświadczenia

### Oświadczenia Ubezpieczonego (sekcja 1)

#### Oświadczenie o zawodzie

Nie wykonuję żadnego z niżej wymienionych zawodów:

pracownik wykonujący pracę na wysokości (powyżej 6 m), pracownik wykonujący pracę 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 lub inny pracownik przemysłu wydobywczego pracujący pod ziemią, marynarz lub 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 wykonujący pracę z wykorzystaniem materiałów wybuchowych lub pracę przy materiałach 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.

#### Oświadczenie o stanie zdrowia

Przez ostatnie 10 lat nie miałem(am) objawów, nie prowadzono u mnie diagnostyki ani leczenia, nie zamierzam poddać się leczeniu: chorób serca, niewydolności krążenia, nadciśnienia tętniczego krwi, niedokrwistości aplastycznej, udaru mózgu, niedowładu, epilepsji, choroby Alzheimera, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba (CJD), choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, stwardnienia rozsianego, chorób psychicznych, chorób płuc, chorób nerek, cukrzycy, chorób wątroby, chorób tarczycy, reumatoidalnego zapalenia stawów, przewlekłego zapalenia trzustki, chorób zakaźnych (w szczególności WZW typu B, typu C, HIV ani AIDS), guza lub nowotworu, nie palę więcej niż 20 sztuk papierosów dziennie, nie jestem uzależniony(a) od alkoholu ani narkotyków, w ciągu ostatnich 2 lat nie byłem(am) hospitalizowany(a) dłużej niż 7 kolejno następujących po sobie dni, nie mam orzeczonej częściowej ani całkowitej niezdolności do pracy.

- Tak, potwierdzam zgodność oświadczenia o zawodzie i oświadczenia o stanie zdrowia ze stanem faktycznym

- Nie, nie potwierdzam zgodności któregokolwiek z powyższych oświadczeń ze stanem faktycznym

- Nie dotyczy, zgodnie z Tabelą limitów medycznych i finansowych

**Informacja o zawodzie, hobby (wymagane jeżeli wynika to z Tabeli limitów medycznych i finansowych lub Ubezpieczony ze względu na charakter wykonywanej pracy lub stan zdrowia nie może potwierdzić oświadczenia Ubezpieczonego o zawodzie lub oświadczenia o stanie zdrowia)**

Zawód wykonywany (prosimy opisać szczegółły zawodu / wypełnić dostępny kwestionariusz; jeśli Ubezpieczony pracuje na wysokości, prosimy podać na jakiej)

Nazwa firmy, zakładu, miejsca pracy

Zakres obowiązków

Czy uprawia Pan/Pani niebezpieczne sporty lub spędza czas wolny w sposób powszechnie uznany za niebezpieczny (np. lotnictwo, skoki spadochronowe, lotniarstwo, sporty motorowe, nurkowanie, wspinaczka, speleologia, sporty walki lub inne)?

NIE  TAK

Jakie?

Prosimy wypełnić dodatkowy kwestionariusz. W przypadku sportów niewymienionych powyżej prosimy podać: rodzaj sportu, częstotliwość jego uprawiania, rodzaj – profesjonalnie/amatorsko, udział w zawodach – jakich, czy były urazy – jakie.

**Ankieta medyczna (wymagane jeżeli wynika to z Tabeli limitów medycznych i finansowych lub Ubezpieczony ze względu na charakter wykonywanej pracy lub stan zdrowia nie może potwierdzić oświadczenia Ubezpieczonego o zawodzie lub oświadczenia o stanie zdrowia)**

1. Czy kiedykolwiek Pana/Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odroczony, odrzucony lub przyjęty na warunkach odmiennych od wnioskowanych?  NIE  TAK
2. Prosimy podać wagę \_\_\_\_\_ kg, wzrost \_\_\_\_\_ cm  
Czy pali Pan/Pani papierosy lub tytoń? Jeśli tak, prosimy podać, ile sztuk dziennie: \_\_\_\_\_ szt.  NIE  TAK
3. Czy obecnie przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim lub w ciągu trzech ostatnich lat przebywał(a) na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 10 kolejno następujących po sobie dni, z wykluczeniem zwolnień lekarskich z powodu grypy lub przeziębienia, lub czy orzeczono u Pana/Pani częściową lub całkowitą niezdolność do pracy z tytułu choroby lub wypadku lub stwierdzono u Pana/Pani ograniczoną zdolność do pracy (niepełnosprawność)?  NIE  TAK
4. Czy w ciągu ostatnich 10 lat korzystał(a) Pan/Pani z porady lekarskiej lub leczył(a) się na poniższe schorzenia:
  - a) zawał serca, choroby układu krążenia, chorobę wieńcową, podwyższone ciśnienie krwi, jakiegokolwiek inne choroby serca, udar mózgu, cukrzycę, choroby układu oddechowego z niewydolnością oddechową lub z dusznością  NIE  TAK
  - b) nowotwór, czerniak, guz, torbiel, polipy, cysty, zmiany skórne, które pojawiły się lub zmieniły w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub charakteryzowały się krwawieniem  NIE  TAK
  - c) choroby przewodu pokarmowego, choroby wątroby, choroby trzustki, choroby zakaźne: wirusowe zapalenie wątroby (WZW typu B lub typu C), HIV, choroby tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej  NIE  TAK
  - d) choroby nerek, choroby układu moczowo-płciowego  NIE  TAK
  - e) choroby neurologiczne, padaczkę, zaburzenia psychiczne, w tym nerwice, uzależnienie od alkoholu lub używanie narkotyków  NIE  TAK
  - f) choroby i urazy stawów, rwę kulszową, dyskopatię kręgosłupa  NIE  TAK
  - g) wady wzroku powyżej 8 dioptrii, jedno- lub obustronną ślepotę, jaskrę, zaćmę lub wady słuchu  NIE  TAK
6. Czy w Pana/Pani rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) zostały zdiagnozowane przed 60. rokiem życia takie choroby jak: nowotwór, zawał serca, udar mózgu, cukrzyca, wady wrodzone lub choroby dziedziczne?  NIE  TAK

7. Adres przychodni, w której obecnie zarejestrowany jest Ubezpieczony, a także był poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku.

### Oświadczenia dodatkowe Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną (sekcja 2)

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy dodatkowej, jak i po jej zawarciu, na trwałym nośniku<sup>1</sup> oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie e-mail.

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

### Klauzula marketingowa Ubezpieczającego (kod: 1AP058) (sekcja 3)

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

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

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

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.

### Deklaracja zgody Ubezpieczonego na przetwarzanie danych o stanie zdrowia oraz nałogach (sekcja 4)

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 oraz nałogach, 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.

Tak  Nie

### Upoważnienie Ubezpieczonego dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów (sekcja 5)

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo oraz Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie („partner medyczny”) 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 wysokości 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) przyczyny mojej śmierci.

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

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu i partnerowi medycznemu.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu oraz partnerowi medycznemu 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 Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo oraz partnera medycznego do zasięgania informacji w:

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

### Wraz z niniejszym wnioskiem dołączam:

kopię dowodu wpłaty składki  inne

Poniższym podpisem potwierdzam zgodność wszystkich informacji ze stanem faktycznym i złożenie wszystkich powyższych oświadczeń, które mnie dotyczą.

\_\_\_\_\_  
D D M M R R R R R R  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis  
Czytelny podpis Ubezpieczającego  
Ubezpieczający składa oświadczenie  
w sekcjach nr 2 i 3

\_\_\_\_\_  
D D M M R R R R R R  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis  
Czytelny podpis Ubezpieczonego/  
Przedstawiciela ustawowego  
Niewymagany, jeżeli wniosek nie dotyczy zawarcia umowy dodatkowej.  
Jeżeli Ubezpieczony nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, wymagany jest podpis przedstawiciela ustawowego.  
Ubezpieczony składa oświadczenia  
w sekcjach nr 1, 2, 3, 4 i 5

### Pośrednik ubezpieczeniowy

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

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Numer wewnętrzny/RAU

\_\_\_\_\_  
D D M M R R R R R R  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis  
Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

1. Trwały nośnik to materiał lub narzędzie umożliwiające użytkownikowi przechowywanie informacji w sposób zapewniający: (a) dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji, oraz (b) odtworzenie przechowywanych informacji w niezminionej postaci. Trwałym nośnikiem jest np. plik PDF: wysłany na adres e-mail lub przekazany na płycie CD lub na pendrive.

- Administratorem przekazanych przez Państwa danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
  - Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
    - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy;
    - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w zakresie obejmującym dane osobowe określone w art. 27 Ustawy, tj. dane wrażliwe – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
    - oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest przepis prawa;
    - marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług;
    - w celach marketingowych, w tym w celach analitycznych i profilowania, także po zakończeniu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
    - w celach marketingowych, w tym w celach analitycznych i profilowania produktów i usług podmiotów z grupy AXA w Polsce, tj. AXA Życie TU S.A., AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., AXA Polska S.A., AXA TFI S.A., AXA PTE S.A. – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
    - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
    - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS (*Foreign Account Tax Compliance Act oraz Common Reporting Standard*) – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych i wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
    - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
    - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę AXA;
    - reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową ubezpieczenia zawartą z Państwem.
  - Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celu ich przetwarzania w celach marketingowych jest dobrowolne.
  - Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
    - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
    - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
    - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowa-niu terroryzmu, przepisów dotyczących wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych i wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.
- Administrator zaprzestanie przetwarzania danych do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłoszą Państwo sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych w tych celach.
- Jeżeli wyrazili Państwo zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów marketingowych, to będą one przechowywane do momentu cofnięcia przez Państwa zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
    - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
    - b) spółkom z grupy AXA, tj.: (AXA Życie TU S.A., AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., AXA Polska S.A., AXA TFI S.A., AXA PTE S.A.) z siedzibą: ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, zgodnie z wyrażonymi zgodami;
    - c) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
  - Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).  
Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie [axa.pl](http://axa.pl).
  - Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych\*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
  - Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
  - Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Profilowanie będzie się odbywać w celu przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia. Oznacza to, że dane osobowe niezbędne do przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia wykorzystane zostaną do oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia adekwatnej do niego składki.  
W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych decyzje dotyczące Państwa mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka). W takiej sytuacji decyzje te mogą dotyczyć wysokości składki ubezpieczeniowej. Decyzje będą podejmowane w szczególności na podstawie Państwa danych, dotyczących stanu zdrowia, daty urodzenia, wykonywanego zawodu. Decyzje mogą być oparte na profilowaniu, tj. automatycznej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Państwem umowy ubezpieczenia.  
W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).
  - Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: [inspektor@axa.pl](mailto:inspektor@axa.pl).
- Ważne:**  
Treści oznaczone gwiazdką (\*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r., bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.
- Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływanej powyżej jako Ustawa.