



Oświadczenie przed zawarciem nowej umowy dodatkowej lub zmianą sumy ubezpieczenia

Oświadczam, iż przed zawarciem nowej umowy dodatkowej lub zmianą sumy ubezpieczenia:

- 1) została przeprowadzona ze mną rozmowa, dzięki której określone zostały moje potrzeby i wymagania w zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) zostały mi podane obiektywne informacje o proponowanym produkcie, które pozwalają na podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Wniosek o dokonanie zmian dotyczących umów dodatkowych

- zawarcie umów dodatkowych
- wypowiedzenie umów dodatkowych
- zmiana sumy ubezpieczenia

Numer polisy

Data obowiązywania zmiany

Nazwisko Pośrednika ubezpieczeniowego

Imię Pośrednika ubezpieczeniowego

Numer wewnętrzny lub numer RAU Pośrednika ubezpieczeniowego

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami.

Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony jest osobą prawną lub jeśli działa przez przedstawiciela (np. pełnomocnika), do wniosku powinien być załączony Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Ubezpieczający

Nazwisko¹ _____ Imię, imiona _____

Data urodzenia _____ PESEL _____ Płeć kobieta mężczyzna _____

Stan cywilny²

Obywatelstwo polskie inne (prosimy podać jakie) _____ Państwo urodzenia _____

Seria i numer dokumentu tożsamości dowód osobisty paszport karta pobytu _____

NIP³

Telefon stacjonarny _____
 komórkowy _____ Godziny kontaktu _____ E-mail _____

Adres zamieszkania/siedziby⁴

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

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania/siedziby)

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

Źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy

- umowa o pracę działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód darowizna spadek wygrana losowa kredyt emerytura lub renta
- inne _____ odmawiam podania

Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (kod PKD przeważającej działalności)⁵ _____

1. Lub nazwa, w przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą. Taki Ubezpieczający do wniosku załącza zawsze aktualny odpis z KRS lub CEIDG lub inny właściwy dokument.

2. Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

3. Wypełnić w przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.

4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą.

5. Prosimy wypełnić, jeśli umowę zawiera osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.

Ubezpieczony/dziecko (wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy jest inną osobą niż Ubezpieczający)

Jeśli w polisie jest więcej niż jeden Ubezpieczony, wniosek wypełnia każdy Ubezpieczony.

 Ubezpieczony
 Ubezpieczony/współmałżonek
 Ubezpieczony/partner
 dziecko (dot. umowy osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego; wymagane dane: imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia dziecka)

Nazwisko _____		Imię, imiona _____	
<u>D</u> <u>D</u> <u>M</u> <u>M</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u>	_____	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia	PESEL	Stan cywilny	
Obywatelstwo	_____	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	
<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne (podać jakie) _____	_____	<input type="checkbox"/> paszport	
_____	_____	Seria i numer dokumentu tożsamości	
_____	<input type="checkbox"/> stacjonarny	<input type="checkbox"/> karta pobytu	
Telefon	<input type="checkbox"/> komórkowy	Godziny kontaktu	E-mail

Adres zamieszkania

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

Adres korespondencyjny (wypełnić jeżeli adres zamieszkania jest inny niż korespondencyjny)

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

Współmałżonek albo partner oraz dzieci (wypełnić tylko w przypadku wyboru umowy dodatkowej Telekonsultacje medyczne w formie rodzinnej)

1.	_____	_____	<u>D</u> <u>D</u> <u>M</u> <u>M</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u>	<input type="checkbox"/> dziecko
Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano seria i numer dokumentu tożsamości	Data urodzenia	_____	<input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu			
2.	_____	_____	<u>D</u> <u>D</u> <u>M</u> <u>M</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u>	<input type="checkbox"/> dziecko
Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano seria i numer dokumentu tożsamości	Data urodzenia	_____	<input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu			
3.	_____	_____	<u>D</u> <u>D</u> <u>M</u> <u>M</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u>	<input type="checkbox"/> dziecko
Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano seria i numer dokumentu tożsamości	Data urodzenia	_____	<input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu			
4.	_____	_____	<u>D</u> <u>D</u> <u>M</u> <u>M</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u>	<input type="checkbox"/> dziecko
Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano seria i numer dokumentu tożsamości	Data urodzenia	_____	<input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu			

Przedstawiciele ustawowi Ubezpieczonego (prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych)

Przedstawiciel ustawowy wypełnia każdorazowo i załącza do wniosku Formularz AML i rezydencji podatkowej zgodnie z instrukcjami w nim zawartymi.

_____	_____
Nazwisko	Imię, imiona
_____	_____
Nazwisko	Imię, imiona

Oświadczenie Ubezpieczającego, który jest osobą fizyczną

Jeśli w tej sekcji zaznaczasz „Tak”, wypełnij dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej, który znajdziesz w Centrum Klienta na www.axa.pl. Odpowiedź „Tak” powinny zaznaczyć osoby, które zajmują znaczące stanowisko polityczne lub pełnią znaczące funkcje publiczne (zgodnie z art. 2 ustawy z 1.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu). Odpowiedź „Tak” powinni również zaznaczyć członkowie rodziny osoby zajmującej takie stanowisko oraz znani bliscy współpracownicy tych osób (zgodnie z tą samą ustawą).

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne. Tak Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Umowy dodatkowe

W przypadku dokupienia dodatkowej umowy ubezpieczenia na życie do Planu Ochronnego AXA dane Uposażonych prosimy wpisać w polu Uwagi i komentarze.

Zawarcie umów dodatkowych / zmiana sumy ubezpieczenia

1.	_____	_____
Nazwa umowy dodatkowej	Indeks OWUD ⁶	
_____ zł	_____ lat	_____ zł
Suma ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia	Składka dla wybranej częstotliwości
		_____ zł
		Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji

6. Prosimy wpisać odpowiedni indeks OWUD.

2.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD⁶

Suma ubezpieczenia

Okres ubezpieczenia

Składka dla wybranej częstotliwości

Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji

3.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD⁶

Suma ubezpieczenia

Okres ubezpieczenia

Składka dla wybranej częstotliwości

Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji

4.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD⁶

Suma ubezpieczenia

Okres ubezpieczenia

Składka dla wybranej częstotliwości

Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji

Wypowiedzenie umów dodatkowych

Niniejszym wypowiadam następujące umowy dodatkowe:

1.

Nazwa umowy dodatkowej

2.

Nazwa umowy dodatkowej

3.

Nazwa umowy dodatkowej

4.

Nazwa umowy dodatkowej

Jeżeli przed złożeniem niniejszego wniosku zakres umowy podstawowej został rozszerzony o dodatkowe ubezpieczenie przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy, wymagane jest zaktualizowanie składki z tytułu tej umowy dodatkowej.

Zaktualizowana wysokość składki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy

Składka dla wybranej częstotliwości

Uwagi i komentarze

Oświadczenia Ubezpieczonego (sekcja 1)

Informacja o zawodzie

Podaj wykonywany zawód, opisz wykonywane czynności zawodowe / wypełnij dostępny kwestionariusz; jeśli Ubezpieczony pracuje na wysokości, podaj na jakiej.

Oświadczenie dotyczące uprawiania sportu

Czy uprawia Pan/Pani wyczynowo sport?

Przez wyczynowe uprawianie sportu rozumie się łącznie spełnienie poniższych warunków: (1) udział w regularnych treningach; (2) udział w zawodach lub imprezach sportowych lub obozach kondycyjnych; (3) przynależność do klubów sportowych, związków lub organizacji sportowych.

Tak (wskaz rodzaj uprawianego sportu / wypełnij dostępny kwestionariusz)

Nie

Informacja o hobby (wymagane jeżeli wynika to z Tabeli limitów medycznych i finansowych)

Czy uprawia Pan/Pani sport w ramach hobby? Wskaz rodzaj sportu i częstotliwość jego uprawiania / wypełnij dostępny kwestionariusz.

6. Prosimy wpisać odpowiedni indeks OWUD.

Ankieta medyczna

1. Czy kiedykolwiek Pana/Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odroczone, 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 węzłów chłonnych, 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) stwardnienie rozsiane, choroby neurologiczne, padaczkę, zaburzenia psychiczne, w tym nerwice, uzależnienie od alkoholu lub używanie narkotyków? NIE TAK
- f) toczeń układowy, 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
5. Czy oczekuje Pan/Pani na leczenie lub operację, lub na wyniki wykonywanych badań, lub jest Pan/Pani w trakcie diagnostyki lub leczenia? 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.

W przypadku udzielenia odpowiedzi „Tak” w pytaniu 4 lub 5 powyższej ankiety medycznej Ubezpieczonego, prosimy przedstawić posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowanego schorzenia.

Oświadczenie Ubezpieczającego dotyczące umowy ubezpieczenia (sekcja 2)

Oświadczam, że doręczono mi Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych o indeksach wskazanych w niniejszym wniosku, na podstawie których zawarta zostanie zgodnie z niniejszym wnioskiem umowa dodatkowa, oraz Regulamin promocji „Ochrona za mniej”⁷⁷.

Oświadczenie Ubezpieczonego (sekcja 3)

W przypadku gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym.

Oświadczam, że:

- przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową doręczono mi Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych o indeksach wskazanych w niniejszym wniosku, na podstawie których zawarta zostanie zgodnie z niniejszym wnioskiem umowa dodatkowa, oraz Regulamin promocji „Ochrona za mniej”⁷⁷;
 - wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie ww. dokumentów, w tym na wysokość sum ubezpieczenia.
- Niniejszym upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia, która zostanie zawarta na podstawie niniejszego wniosku, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia i sum ubezpieczenia.

Oświadczenia dodatkowe Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na trwałą nośnik i komunikację elektroniczną (sekcja 4)

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy dodatkowej, jak i po jej zawarciu, na trwałym nośniku⁸ 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: 1AP336) (sekcja 5)

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.

7. Dotyczy tylko umów indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Złoty Środek (wyłącznie o indeksie OWU ZS/10/02/01 lub ZS/14/05/05), umów indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny, Plan Elastyczny Premia, ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału.

8. 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.

Deklaracja zgody Ubezpieczonego na przetwarzanie danych o stanie zdrowia oraz natogach (sekcja 6)

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

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

Upoważnienie Ubezpieczonego dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów (sekcja 7)

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 informacji 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) 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 ustalenia 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.

Oświadczenie o przekazaniu informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych (sekcja 8)

Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Dodatkowe oświadczenie Ubezpieczonego o posiadaniu zgody na objęcie ochroną współmałżonka albo partnera oraz dzieci (dotyczy Ubezpieczonego, który wybrał ubezpieczenie dodatkowe Telekonsultacje medyczne w formie rodzinnej (sekcja 9))

Oświadczam, że posiadam zgodę współmałżonka albo partnera i dzieci posiadających pełną zdolność do czynności prawnych oraz zgodę opiekunów prawnych dzieci nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, na objęcie ochroną w ramach ubezpieczenia dodatkowego Telekonsultacje medyczne.

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

Data

Podpis

**Czytelny podpis Ubezpieczającego
Ubezpieczający składa oświadczenie
w sekcjach nr 2, 4, 5 i 8**

Data

Podpis

**Czytelny podpis Ubezpieczonego/
Przedstawiciela ustawowego**

Jeżeli Ubezpieczony nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, wymagany jest podpis przedstawiciela ustawowego.

**Ubezpieczony składa oświadczenia
w sekcjach nr 1, 3, 4, 6, 7, 8 i 9**

Pośrednik ubezpieczeniowy

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

Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem przekazanych przez Państwa danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłódnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
2. 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 przetwa-

- rzenia 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;
 - wypełniania 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.
3. 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.
4. 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 finansowaniu 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.
5. 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. Chtodna 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.
6. 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.
7. 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.
8. Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
9. 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).
10. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: 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.