



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Kod dokumentu (e-Agent): 651_0516

Wniosek

o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem
Pakiet Moje Dziecko

Numer wniosku

Numer rachunku bankowego

Dane Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym (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 wysyłana będzie wszelka korespondencja dotycząca ubezpieczenia, w tym m.in. informacje o powstaniu niedopłaty lub braku wpływu składki.

Telefon komórkowy _____ E-mail _____

Dane dzieci

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.

Dane Uposażonego

Nazwisko, imię _____

Data urodzenia _____

100%
Procentowy udział w świadczeniu

Podstawowe informacje dotyczące ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności

Pakiet Moje Dziecko chroni zdrowie Twoich dzieci i zapewnia pomoc w trudnych sytuacjach życiowych. Zależy nam na tym, aby warunki ubezpieczenia były jak najbardziej czytelne i zrozumiałe, a decyzja o zawarciu ubezpieczenia w pełni świadoma, dlatego poniżej opisujemy ograniczenia, na które należy zwrócić szczególną uwagę przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta przez osobę, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego trwa do ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa względem danego dziecka trwa do ostatniego dnia roku polisy, w którym dane dziecko ukończyło 18. rok życia.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje tylko takie pierwszorazowe wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania, rozumiane jako zdiagnozowane u dziecka choroby lub przeprowadzone u dziecka zabiegi, jeżeli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje tylko taki pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w celu leczenia choroby, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, lub obrażeń ciała zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym.
6. Pobyt w szpitalu dotyczy dzieci, które ukończyły 1. rok życia i nie ukończyły 18. roku życia.
7. Obowiązuje karencja (czyli okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona), liczona od daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej, wynosząca 3 miesiące. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem.

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

Zakres ubezpieczenia i składka

Zakres ubezpieczenia		Wysokość świadczenia			
		Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4
Poważne zachorowanie dziecka	16 chorób i zabiegów	30 000 zł	33 000 zł	35 000 zł	38 000 zł
	konsultacje lekarzy specjalistów	zgodnie z OWUD	zgodnie z OWUD	zgodnie z OWUD	zgodnie z OWUD
Uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka	100% uszczerbku w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł	15 000 zł	20 000 zł	25 000 zł
	1% uszczerbku w następstwie nieszczęśliwego wypadku	100 zł	150 zł	200 zł	250 zł
Pobyt dziecka w szpitalu	w następstwie wypadku komunikacyjnego	150 zł za dzień	180 zł za dzień	240 zł za dzień	300 zł za dzień
	w następstwie nieszczęśliwego wypadku	100 zł za dzień	120 zł za dzień	160 zł za dzień	200 zł za dzień
	w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała	50 zł za dzień	60 zł za dzień	80 zł za dzień	100 zł za dzień
	świadczenia ambulatoryjne	–	–	zgodnie z OWUD	zgodnie z OWUD
AXA 24 – świadczenia opiekuńcze dla dziecka, Ubezpieczonego oraz współmałżonka Ubezpieczonego		zgodnie z OWUD	zgodnie z OWUD	zgodnie z OWUD	zgodnie z OWUD
AXA MEDI dla dziecka – świadczenia medyczne i opiekuńcze w następstwie nieszczęśliwego wypadku		–	–	–	zgodnie z OWUD
Śmierć Ubezpieczonego		100 zł	100 zł	100 zł	100 zł
Program Rabatowy AXA Benefit		✓	✓	✓	✓
Składka miesięczna		<input type="checkbox"/> 30 zł	<input type="checkbox"/> 35 zł	<input type="checkbox"/> 45 zł	<input type="checkbox"/> 65 zł

Wysokość świadczenia wskazuje maksymalną kwotę należną osobie uprawnionej z tytułu umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego.

Oświadczenie dotyczące umowy ubezpieczenia na życie

Oświadczam że:

- zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Moje Dziecko (dalej: OWU);
- zostałem(am) poinformowany(a), że zaprzestanie opłacania składki z tytułu kosztu ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia w trybie opisanym w OWU;
- zapoznałem(am) się z karencją, wynoszącą 3 miesiące, 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, 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, odstąpienia lub roz-

wiązania 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 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.

D D M M R R R R

Data

Podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym (rodzica, opiekuna prawnego)

Pośrednik

Nazwisko

Imię

Numer systemowy AXA

Pieczęćka i podpis Pośrednika

Numer Przedstawiciela (dotyczy struktur zewnętrznych)