

B. Składka inwestycyjna indywidualna A) w części pochodzącej ze środków Ubezpieczającego Kwota % wynagrodzenia

B) w części pochodzącej ze środków Ubezpieczonego Głównego Kwota % wynagrodzenia

Wybór / Zmiana¹ ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych

W przypadku kiedy osobą uprawnioną do dokonania wyboru/zmiany podziału składki inwestycyjnej jest Ubezpieczony Główny, należy określić procentowy udział alokowanej składki w poszczególnych funduszach, z zachowaniem minimum 5% udziału dla każdego wybranego funduszu.

Poniższy podział nie będzie miał zastosowania, jeżeli w umowie ubezpieczenia osobą uprawnioną do wyboru funduszu jest Ubezpieczający. W takim przypadku Ubezpieczony ma prawo podzielić pomiędzy fundusze jedynie część składki inwestycyjnej pochodzącej ze środków Ubezpieczonego Głównego.

Fundusz Wspólnego Zabezpieczenia _____ % Fundusz Optymalnego Inwestowania _____ %

Fundusz Aktywnego Inwestowania _____ % Fundusz Stabilnego Wzrostu _____ %

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne Vitalité

Forma ubezpieczenia

indywidualna rodzinna

Informacje o pozostałych Ubezpieczonych

Nazwisko i imię PESEL lub data urodzenia Adres korespondencyjny – taki sam, jak Ubezpieczonego Głównego

Współmałżonek/partner _____ Tak Nie²

Dziecko (1) _____ Tak Nie²

Dziecko (2) _____ Tak Nie²

Dziecko (3) _____ Tak Nie²

Dziecko (4) _____ Tak Nie²

Wariant ubezpieczenia³

A B MP A+MP B+MP

Pozostałe informacje

Województwo dla właściwego Narodowego Funduszu Zdrowia (zgodnie z miejscem zameldowania)

Uwagi / komentarze

Oświadczenia

Czy jest Pan(i) ubezpieczony(a) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie w AXA Życie Towarzystwie Ubezpieczeń S.A.?

Tak

Nie

Oświadczenie I

Oświadczam, że zostałem poinformowany o warunkach umowy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej deklaracji uczestnictwa, w tym o wysokości sumy ubezpieczenia, i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach tej umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych osobowych zawartych w tej deklaracji oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową Towarzystwa, w tym w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową oraz wykonywania zawartej umowy ubezpieczenia grupowego, 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 moich danych osobowych przez Towarzystwo do celów archiwalnych.

Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich 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.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego lekarza, u któ-

rego 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 przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, a organy emerytalno-rentowe informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń, o które Towarzystwo będzie zapytywało w związku z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w sądzie, prokuraturze, policji oraz innych organach i instytucjach w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia 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 udzielanie Towarzystwu 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. Upoważnienie pozostaje w mocy także po mojej śmierci.

Niniejszym 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.

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Oświadczenie II

Niniejszym 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.

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Oświadczenie dodatkowe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w niniejszej deklaracji przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 w celach marketingowych i statystycznych oraz na udostępnianie tych danych podmiotom Grupy AXA (tj. AXA S.A., spółce prawa francuskiego, z siedzibą w Paryżu (75008), 25, avenue Matignon, Francja, oraz innym podmiotom pośrednio lub bezpośrednio kontrolowanym przez AXA, w tym AXA Powszechnemu Towarzystwu Emerytalnemu S.A., AXA

Towarzystwu Ubezpieczeń S.A., AXA Polska sp. z o.o. i Avanssur S.A. Oddział w Polsce) i na ich przetwarzanie przez te podmioty w wyżej wymienionych celach. Zgoda na przetwarzanie moich danych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel ich przetwarzania. Oświadczam, że jestem świadomy(a) dobrowolności udostępnienia moich danych osobowych oraz że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie wglądu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania.

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Wypełnia Ubezpieczający

Przystąpienie do ubezpieczenia

Data rozpoczęcia pracy u Ubezpieczającego

Data nabycia praw do ubezpieczenia

1. Ubezpieczony Główny złożył deklarację w ciągu 3 miesięcy od dnia nabycia praw do ubezpieczenia

Tak

Nie

2. Ubezpieczony Główny złożył deklarację w terminie późniejszym niż wskazany w pkt. 1

Tak

Nie

3. Czy Ubezpieczony Główny przebywa na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim w dniu podpisania niniejszej deklaracji?

Tak

Nie

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie powyżej są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i są przekazane w dobrej wierze, oraz że nie ukryłem(am) żadnego faktu, o który w nim zapytano.

Data

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż Ubezpieczonego Głównego, należy go podać w Uwagach / komentarzach.

³ Dostępność wariantu ubezpieczenia uzależniona jest od wyboru wariantów dokonanego przez Ubezpieczającego.

