

Dane osoby przystępującej do ubezpieczenia grupowego OCHRONA Z PLUSEM

1. OŚWIADCZENIE MEDYCZNE UBEZPIECZONEGO:

Czy przez ostatnie 5 lat prowadzono diagnostykę lub rozpoznano u przystępującego do ubezpieczenia:

- a) choroby serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze krwi, przekraczające wartość 160/100, udar mózgu, epilepsję, niedowład, choroby płuc, choroby nerek,
- b) choroby psychiczne, cukrzyce, choroby wątroby, choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane
- c) choroby zakaźne (w szczególności WZW typu B, typu C, HIV), guzy lub nowotwory?

Czy przystępujący do ubezpieczenia:

- a) choruje na ww. choroby,
- b) zamierza się poddać leczeniu w związku z ww. chorobami,
- c) przebywa w szpitalu lub planuje hospitalizację i leczenie operacyjne,
- d) w ciągu ostatnich 3 lat przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 kolejno następujących po sobie dni (nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń, zwicnięć),
- e) ma orzeczoną częściową lub całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji?

TAK

NIE

2. OŚWIADCZENIE O WYKONYWANYM ZAWODZIE UBEZPIECZONEGO:

Oświadczam, że **nie wykonuję** żadnego 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), przewożenie paliw lub ładunków niebezpiecznych, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000V, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, sportowiec, kierowca wyścigowy i rajdowy, pracownik fizyczny przemysłu metalurgicznego w odlewniach, walcowniach.

3. OWU I KARENCJE

Oświadczam, że:

- I.** zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Ochronnego (dalej: OWU);
- II.** zostałem(am) poinformowany(a), że zaprzestanie opłacania składki z tytułu kosztu ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia w trybie opisanym w OWU;
- III.** zapoznałem(am) się z karencją liczoną od daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej, wynoszącą:
 - a) 3 miesiące na operacje medyczne Ubezpieczonego, operacje medyczne współmałżonka, poważne zachorowanie Ubezpieczonego, poważne zachorowanie współmałżonka, poważne zachorowanie dziecka, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt współmałżonka w szpitalu, pobyt dziecka w szpitalu;
 - b) 10 miesięcy na urodzenie się dziecka i urodzenie się dziecka wymagającego leczenia;
 - c) 6 miesięcy na zdarzenia zaistniałe w ramach umowy podstawowej oraz pozostałych umów dodatkowych.

Karencji nie stosuje się w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Składka za ubezpieczenie jest płatna z góry do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Po otrzymaniu Wniosku do grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla grup nieformalnych zobowiązuję się, zapoznać ze wszystkimi Oświadczeniami, Deklaracjami, Upoważnieniami i Klauzulami zawartymi we Wniosku.

.....
Data i Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

DANE UBEZPIECZONEGO	
Nazwisko i imię	
Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)	
PESEL	
Rodzaj dokumentu tożsamości/seria/numer (w przypadku obcokrajowców) – paszport (wraz z kodem kraju) lub karta pobytu	
Obywatelstwo	
Nr telefonu komórkowego	
e-mail	
Adres do korespondencji	
DANE OSÓB UPOSAŻONYCH	Można wskazać więcej niż jedną osobę uposażoną. Jeżeli jest większa ilość uposażonych proszę poniżej tabeli wypisać dodatkowe osoby zgodnie z danymi w tabeli. Suma udziałów musi wynieść 100%.
1. Nazwisko i imię	
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa	
% udział w świadczeniu	
2. Nazwisko i imię	
Data urodzenia	
Stopień pokrewieństwa	
% udział w świadczeniu	
DANE DO UBEZPIECZENIA	
Kod Wariantu Ubezpieczenia	
Dodatkowe świadczenie	<input type="checkbox"/> AXA MEDI indywidualna <input type="checkbox"/> AXA MEDI rodzinna
Łączna wybrana składka (za pakiet + AXA MEDI lub sam pakiet)	
INFORMACJE DODATKOWE	
WYRAŻAM CHĘĆ POLECANIA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
PRODUKTU KOLEJNYM KLIENTOM	

Dodatkowe osoby uposażone:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję Regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną.

Data i czytelny podpis UBEZPIECZONEGO:

Imię i nazwisko osoby , która poleciła produkt

.....

.....