



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Kod dokumentu (e-Agent): 651\_0418

### Oświadczenie Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia

Oświadczam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia:

- 1) została przeprowadzona ze mną rozmowa identyfikująca moje potrzeby i wymagania w zakresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) zostały mi podane obiektywne informacje o proponowanym produkcie, pozwalające na podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia;
- 3) zostały mi doręczone Ogólne warunki na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Moje Dziecko oraz dokument Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

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

Czytelny podpis Ubezpieczającego

## Wniosek

o zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrona z Plusem  
Pakiet Moje Dziecko

\_\_\_\_\_  
Numer wniosku

\_\_\_\_\_  
Numer rachunku bankowego

Jeśli Ubezpieczający działa przez przedstawiciela (np. pełnomocnika), do wniosku powinien być załączony Formularz AML i rezydencji podatkowej.

### Dane Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym (rodzica, opiekuna prawnego)

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię, imiona \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia DD MM RR RR RR RR Płeć  kobieta  mężczyzna Państwo urodzenia \_\_\_\_\_  
 polskie  
Seria i numer dokumentu tożsamości  dowód osobisty  paszport  karta pobytu Obywatelstwo  inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### 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.

### Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.<sup>1</sup>

Ubezpieczający będący Ubezpieczonym:  Tak  Nie

### Dane Uposażonego

\_\_\_\_\_  
Nazwisko, imię \_\_\_\_\_ Data urodzenia DD MM RR RR RR RR \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Procentowy udział w świadczeniu 100%

1. Zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, współmałżonków).

Zakres ubezpieczenia		Wysokość świadczenia			
Zakres ubezpieczenia		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.

### 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 (kod: 1AP651)

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 telefonicznie)  
 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.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data \_\_\_\_\_ Czytelny podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym (rodzica, opiekuna prawnego)

### Pośrednik ubezpieczeniowy

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

\_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Numer systemowy AXA \_\_\_\_\_ Numer nadany u Partnera Zewnętrznego (jeśli nadano) \_\_\_\_\_ Pieczęć i czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego \_\_\_\_\_