

Wnioskopolisa nr

Wnioskopolisa to jednocześnie: wniosek o zawarcie oraz dokument potwierdzający zawarcie dobrowolnej Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dla Klientów Providenta (Umowa Ubezpieczenia).

Dane ubezpieczającego/ubezpieczonego

<input type="text"/>	Obywatelstwo: polskie <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko		Wiek
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Seria i numer dowodu osobistego	Państwo urodzenia
Adres stałego zamieszkania		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Numer domu / lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon kontaktowy	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a:

- Ochroną ubezpieczeniową obejmującą ryzyko śmierci oraz poważnego zachorowania?
- Ochroną ubezpieczeniową na wypadek diagnozy nowotworu?
- Ubezpieczeniem obejmującym możliwość uzyskania Drugiej Opinii Medycznej tj. opinii dotyczącej diagnozy, stanu zdrowia i leczenia nowotworu?
- Ochroną ubezpieczeniową na wypadek pobytu w szpitalu, złamania kości oraz w zakresie Usług medycznych (m.in. organizacją i pokryciem kosztów wizyt lekarskich, dostarczeniem i refundacją lekarstw) – w przypadku nagłego zachorowania albo nieszczęśliwego wypadku?
- Ochroną ubezpieczeniową na rzecz Pana/Pani dziecka/dzieci lub wnuka/wnuków na wypadek pobytu w szpitalu, złamania kości, poważnego zachorowania, odpowiedzialności cywilnej oraz w zakresie Usług medycznych (m.in. organizacją i pokryciem kosztów wizyt lekarskich, dostarczeniem i refundacją lekarstw) – w przypadku nagłego zachorowania albo nieszczęśliwego wypadku?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis Ubezpieczonego

Wybór ubezpieczenia

Uwaga! Przed dokonaniem wyboru Pakietu ubezpieczenia zapoznaj się ze szczegółami dotyczącymi wysokości stawki ubezpieczeniowej oraz zakresu i Sum ubezpieczania znajdującymi się na odwrocie – strona 3.

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.¹ Tak Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

<input type="checkbox"/>	Pakiet Życie	<input type="checkbox"/>	Pakiet AntyRAK	<input type="checkbox"/>	Pakiet AntyRAK Plus
--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------------

Oświadczenie dla Pakietu AntyRAK oraz Pakietu AntyRAK Plus

Oświadczam, że: (1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie rozpoznano u mnie ani nie leczono Nowotworu złośliwego bądź Nowotworu przedinwazyjnego oraz (2) przez ostatnie 24 miesiące nie zostałem/am skierowany/a na testy lub badania, ani nie oczekuję na wyniki testów oraz badań, na których podstawie może zostać rozpoznany lub być leczony Nowotwór złośliwy bądź Nowotwór przedinwazyjny lub które wskażą możliwość ich wystąpienia z koniecznością dalszej diagnostyki. Oświadczam również, że na dzień podpisania Wnioskopolisy nie zamierzam poddać się leczeniu Nowotworu złośliwego bądź Nowotworu przedinwazyjnego.

Czy potwierdza Pan/Pani prawidłowość powyższego oświadczenia? Tak Nie

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis Ubezpieczonego

<input type="checkbox"/>	Pakiet Zdrowie	<input type="checkbox"/>	Pakiet Dziecko	<input type="checkbox"/>	Pakiet Dzieci
--------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------

Wymagane przy wyborze Pakietu Dziecko lub Pakietu Dzieci
Do ubezpieczenia mogą być zgłoszone Dzieci tego samego rodzica.

<input type="text"/>	Imię i nazwisko Rodzica Dziecka/ Dzieci
----------------------	---

!
Dopuszczalny wiek:
1) Pakiet Zdrowie: 18 – 95 lat;
2) Pakiet Życie/Pakiet AntyRAK/Pakiet AntyRAK Plus: 18 – 75 lat

W przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci – Ubezpieczonego należy wskazać w sekcji Wybór Ubezpieczenia.

Zaznacz właściwe

Tak **Nie**

Tak **Nie**

Tak **Nie**

Tak **Nie**

Tak **Nie**

Jeśli masz wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu zaznaczyłeś "Tak", wypełnij dodatkowo *Formularz AML lub rezydencji podatkowej*.

!
Odpowiedź „Tak” wymagana jest do zawarcia umowy w Pakiecie AntyRAK albo Pakiecie AntyRAK Plus.

!
W przypadku wyboru Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci wymagany jest adres stałego miejsca zamieszkania dzieci na terenie Polski.

EGZEMPLARZ DLA BIURA

1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko Dziecka	Data urodzenia	Wiek
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko Dziecka	Data urodzenia	Wiek
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko Dziecka	Data urodzenia	Wiek

!

Dopuszczalny wiek Dziecka: 1 rok – 18 lat

Jeśli dzieci jest więcej niż troje, dołącz listę dzieci jako załącznik do tej Wnioskopolisy. Dodatkową listę wypełnij identycznie jak obok.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pakiet Życie/Pakiet AntyRAK/Pakiet AntyRAK Plus AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Data	Tygodnie	Miesiące	Pakiet Zdrowie/Pakiet Dziecko/Pakiet Dzieci AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

Oświadczenia Klienta

Informacja dla OFWCA: Pamiętaj o zweryfikowaniu złożenia oświadczeń, zgód i upoważnień przez Klienta.

Oświadczam, że przed zawarciem Umowy ubezpieczenia otrzymałem Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, Ogólne warunki ubezpieczenia dla Klientów Providenta oraz Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Wyrażam zgodę na:

- Przetwarzanie przez Towarzystwo, świadczące ochronę ubezpieczeniową, zgodnie z moim wskazaniem w sekcji Wybór ubezpieczenia, moich lub mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych odpowiedniemu Towarzystwu w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy ubezpieczenia. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie. Wycofanie zgody ma skutek tylko na przyszłość i nie ma wpływu na zgodność z prawem dokonanego już przetwarzania.³
- Wystąpienie przez Towarzystwo, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wyborem, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub mojemu Dziecku, w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci, świadczeń zdrowotnych, o informacje 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: (a) 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; (b) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania; (c) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (d) przyczyny mojej śmierci.³ Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia”.
- Przekazywanie Towarzystwu, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia”, przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliili mi lub mojemu Dziecku, w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci, świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności odpowiedniego Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.³
- Przekazywanie informacji dotyczących Umowy ubezpieczenia, także na innym niż papier, Trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie w niniejszej Wnioskopolisie adres e-mail.

Upoważniam Towarzystwo tj. AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia” do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z moim lub mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, wypadkiem lub zdarzeniem, będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ja lub moje Dziecko, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci ubezpieczony/-a lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego 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.

Niniejsze upoważnienia pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Podpis Ubezpieczonego

Niniejszym potwierdzam wolę zawarcia umowy/umów o wskazanym wyżej zakresie oraz złożenia wszystkich powyższych oświadczeń, które dotyczą mnie lub mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie, pomiędzy AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. a AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., informacji, objętych tajemnicą ubezpieczeniową, zawartych w niniejszej Wnioskopolisie tj. informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia, okoliczności zawarcia umowy ubezpieczenia oraz treści zawartej umowy ubezpieczenia w celu obsługi zawartej umowy.⁴

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis

Podpis osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne w imieniu Provident Polska S.A.

Potwierdzam, że podpisy złożone w niniejszej Wnioskopolisie są własnoręczne. Oświadczam, że zweryfikowałem/am tożsamość Klienta na podstawie dokumentu wskazanego we Wnioskopolisie.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis	Nr RAU

!

Pamiętaj – podpisy muszą być oryginalne na obydwu egzemplarzach Wnioskopolisy.

2

EGZEMPLARZ DLA BIURA

¹ Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. 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, małżonków). Pełną definicję znajdziesz także w dokumencie „Definicja PEP” w Centrum Klienta na axa.pl

W ramach Pakietów Życie, AntyRAK, AntyRAK Plus ochronę świadczy **AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 00 52**, Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859, Kapitał zakładowy: 444 440 000 zł – wpłacony w całości.

W ramach Pakietów Zdrowie, Dziecko, Dzieci ochronę świadczy **AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 05 00**, Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 271543; NIP 107-00-06-155; Kapitał zakładowy: 107 912 677 zł – wpłacony w całości.

Zakres ubezpieczenia

Informacja dotycząca Pakietu Życie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci

Uwaga! Jeśli Poważne zachorowanie było rozpoznane przed dniem podpisania niniejszej Wnioskopolisy, Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za to Poważne zachorowanie.

Informacja dotycząca Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus

Wskaż uposażonych. Odpowiedni formularz znajdziesz w broszurze z OWU – wypełnij go i wyślij na adres podany w stopce.

	Pakiet Życie	Pakiet AntyRAK	Pakiet AntyRAK Plus
Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna	4 PLN/17 PLN	4 PLN/17 PLN	8 PLN/34 PLN
Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego			
Poważne zachorowanie	6 800 PLN	–	–
Śmierć	6 800 PLN	zwrot równowartości wpłaconej składki	zwrot równowartości wpłaconej składki
Diagnoza nowotworu złośliwego	–	typ I: 32 000 PLN typ II: 3 200 PLN	typ I: 62 000 PLN typ II: 6 200 PLN
Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego	–	3 200 PLN	6 200 PLN
Świadczenie usług informacyjnych	–	zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych	zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych
Zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej	–	–	zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych

Strony umowy w przypadku wyboru Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus: Ubezpieczający i AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000041216, NIP 521-10-36-859, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 444 440 000 zł opłacony w całości.

	Pakiet Zdrowie	Pakiet Dziecko	Pakiet Dzieci
Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna	4 PLN/17 PLN	4 PLN/17 PLN	8 PLN/34 PLN
Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego			
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek (np. z powodu choroby)	18 000 PLN	18 000 PLN	18 000 PLN
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	36 000 PLN	36 000 PLN	36 000 PLN
Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 400 PLN grupa II: 1 000 PLN grupa III: 4 000 PLN	grupa I: 400 PLN grupa II: 1 000 PLN grupa III: 4 000 PLN	grupa I: 400 PLN grupa II: 1 000 PLN grupa III: 4 000 PLN
Poważne zachorowanie Dziecka	–	7 000 PLN	7 000 PLN
Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka	–	10 000 PLN	10 000 PLN
Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych
Zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Ubezpieczonemu kosztów świadczeń medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych

Strony umowy w przypadku wyboru Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci: Ubezpieczający i AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000271543, NIP 1070006155, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 107 912 677 zł opłacony w całości.

Wnioskopolisa nr

Wnioskopolisa to jednocześnie: wniosek o zawarcie oraz dokument potwierdzający zawarcie dobrowolnej Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dla Klientów Providenta (Umowa Ubezpieczenia).

Dane ubezpieczającego/ubezpieczonego

<input type="text"/>	Obywatelstwo: polskie <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko		Wiek
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Seria i numer dowodu osobistego	Państwo urodzenia
Adres stałego zamieszkania		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Numer domu / lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon kontaktowy	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a:

- Ochroną ubezpieczeniową obejmującą ryzyko śmierci oraz poważnego zachorowania?
- Ochroną ubezpieczeniową na wypadek diagnozy nowotworu?
- Ubezpieczeniem obejmującym możliwość uzyskania Drugiej Opinii Medycznej tj. opinii dotyczącej diagnozy, stanu zdrowia i leczenia nowotworu?
- Ochroną ubezpieczeniową na wypadek pobytu w szpitalu, złamania kości oraz w zakresie Usług medycznych (m.in. organizacją i pokryciem kosztów wizyt lekarskich, dostarczeniem i refundacją lekarstw) – w przypadku nagłego zachorowania albo nieszczęśliwego wypadku?
- Ochroną ubezpieczeniową na rzecz Pana/Pani dziecka/dzieci lub wnuka/wnuków na wypadek pobytu w szpitalu, złamania kości, poważnego zachorowania, odpowiedzialności cywilnej oraz w zakresie Usług medycznych (m.in. organizacją i pokryciem kosztów wizyt lekarskich, dostarczeniem i refundacją lekarstw) – w przypadku nagłego zachorowania albo nieszczęśliwego wypadku?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis Ubezpieczonego

Wybór ubezpieczenia

Uwaga! Przed dokonaniem wyboru Pakietu ubezpieczenia zapoznaj się ze szczegółami dotyczącymi wysokości stawki ubezpieczeniowej oraz zakresu i Sum ubezpieczania znajdującymi się na odwrocie – strona 3.

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.¹ Tak Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

<input type="checkbox"/>	Pakiet Życie	<input type="checkbox"/>	Pakiet AntyRAK	<input type="checkbox"/>	Pakiet AntyRAK Plus
--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------------

Oświadczenie dla Pakietu AntyRAK oraz Pakietu AntyRAK Plus

Oświadczam, że: (1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie rozpoznano u mnie ani nie leczono Nowotworu złośliwego bądź Nowotworu przedinwazyjnego oraz (2) przez ostatnie 24 miesiące nie zostałem/am skierowany/a na testy lub badania, ani nie oczekuję na wyniki testów oraz badań, na których podstawie może zostać rozpoznany lub być leczony Nowotwór złośliwy bądź Nowotwór przedinwazyjny lub które wskażą możliwość ich wystąpienia z koniecznością dalszej diagnostyki. Oświadczam również, że na dzień podpisania Wnioskopolisy nie zamierzam poddać się leczeniu Nowotworu złośliwego bądź Nowotworu przedinwazyjnego.

Czy potwierdza Pan/Pani prawidłowość powyższego oświadczenia? Tak Nie

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis Ubezpieczonego

<input type="checkbox"/>	Pakiet Zdrowie	<input type="checkbox"/>	Pakiet Dziecko	<input type="checkbox"/>	Pakiet Dzieci
--------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------

Wymagane przy wyborze Pakietu Dziecko lub Pakietu Dzieci
Do ubezpieczenia mogą być zgłoszone Dzieci tego samego rodzica.

<input type="text"/>	Imię i nazwisko Rodzica Dziecka/ Dzieci
----------------------	---

!
Dopuszczalny wiek:
1) Pakiet Zdrowie: 18 – 95 lat;
2) Pakiet Życie/Pakiet AntyRAK/Pakiet AntyRAK Plus: 18 – 75 lat

W przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci – Ubezpieczonego należy wskazać w sekcji Wybór Ubezpieczenia.

Zaznacz właściwe

Tak **Nie**

Tak **Nie**

Tak **Nie**

Tak **Nie**

Tak **Nie**

Jeśli masz wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu zaznaczyłeś "Tak", wypełnij dodatkowo *Formularz AML lub rezydencji podatkowej*.

!
Odpowiedź „Tak” wymagana jest do zawarcia umowy w Pakiecie AntyRAK albo Pakiecie AntyRAK Plus.

!
W przypadku wyboru Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci wymagany jest adres stałego miejsca zamieszkania dzieci na terenie Polski.

EGZEMPLARZ DLA UBEZPIECZONEGO

Należy wypełnić w przypadku wyboru Pakietu Dziecko lub Pakietu Dzieci.

1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko Dziecka	Data urodzenia	Wiek
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko Dziecka	Data urodzenia	Wiek
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko Dziecka	Data urodzenia	Wiek

!
Dopuszczalny wiek Dziecka: 1 rok – 18 lat

Jeśli dzieci jest więcej niż troje, dołącz listę dzieci jako załącznik do tej Wnioskopolisy. Dodatkową listę wypełnij identycznie jak obok.

Data zawarcia umowy ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia	Wysokość składki w PLN²
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Tygodnie Miesiące	Pakiet Życie/Pakiet AntyRAK/Pakiet AntyRAK Plus AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
		Pakiet Zdrowie/Pakiet Dziecko/Pakiet Dzieci AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

Oświadczenia Klienta

Informacja dla OFWCA: Pamiętaj o zweryfikowaniu złożenia oświadczeń, zgód i upoważnień przez Klienta.

Oświadczam, że przed zawarciem Umowy ubezpieczenia otrzymałem Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, Ogólne warunki ubezpieczenia dla Klientów Providenta oraz Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Wyrażam zgodę na:

- Przetwarzanie przez Towarzystwo, świadczące ochronę ubezpieczeniową, zgodnie z moim wskazaniem w sekcji Wybór ubezpieczenia, moich lub mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych odpowiedniemu Towarzystwu w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy ubezpieczenia. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie. Wycofanie zgody ma skutek tylko na przyszłość i nie ma wpływu na zgodność z prawem dokonanego już przetwarzania.³
 - Wystąpienie przez Towarzystwo, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wyborem, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub mojemu Dziecku, w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci, świadczeń zdrowotnych, o informacje 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: (a) 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; (b) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania; (c) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (d) przyczyny mojej śmierci.³
- Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia”.
- Przekazywanie Towarzystwu, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia”, przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliili mi lub mojemu Dziecku, w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci, świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności odpowiedniego Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.³
 - Przekazywanie informacji dotyczących Umowy ubezpieczenia, także na innym niż papier, Trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie w niniejszej Wnioskopolisie adres e-mail.

Upoważniam Towarzystwo tj. AXA Życie TU S.A. lub AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia” do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z moim lub mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, wypadkiem lub zdarzeniem, będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ja lub moje Dziecko, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci ubezpieczeni/-a lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego 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.

Niniejsze upoważnienia pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Podpis Ubezpieczonego

Niniejszym potwierdzam wolę zawarcia umowy/umów o wskazanym wyżej zakresie oraz złożenia wszystkich powyższych oświadczeń, które dotyczą mnie lub mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie, pomiędzy AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. a AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., informacji, objętych tajemnicą ubezpieczeniową, zawartych w niniejszej Wnioskopolisie tj. informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia, okoliczności zawarcia umowy ubezpieczenia oraz treści zawartej umowy ubezpieczenia w celu obsługi zawartej umowy.⁴

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis

Podpis osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne w imieniu Provident Polska S.A.

Potwierdzam, że podpisy złożone w niniejszej Wnioskopolisie są własnoręczne. Oświadczam, że zweryfikowałem/am tożsamość Klienta na podstawie dokumentu wskazanego we Wnioskopolisie.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Czytelny podpis	Nr RAU

² Składka jest należna za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej. Składka płatna jest przez Ubezpieczającego z góry za cały okres ubezpieczenia, nie później niż w dniu zawarcia umowy pożyczki.

³ Zgody i upoważnienia nie dotyczą przypadków, gdy Ubezpieczający nie jest Opiekunem prawnym Dziecka lub Dzieci.

⁴ Niniejsza zgoda musi być udzielona, wyłącznie w przypadku wybrania Pakietów, gdzie ochrona będzie udzielana przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

Wszelkie pojęcia niezdefiniowane w niniejszym dokumencie mają znaczenie nadane im postanowieniami OWU.

2

EGZEMPLARZ DLA UBEZPIECZONEGO

!

Pamiętaj – podpisy muszą być oryginalne na obydwu egzemplarzach Wnioskopolisy.

¹ Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. 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, małżonków). Pełną definicję znajdziesz także w dokumencie „Definicja PEP” w Centrum Klienta na axa.pl

W ramach Pakietów Życie, AntyRAK, AntyRAK Plus ochronę świadczy **AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 00 52**, Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859, Kapitał zakładowy: 444 440 000 zł – wpłacony w całości.

W ramach Pakietów Zdrowie, Dziecko, Dzieci ochronę świadczy **AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 555 00 00, fax 22 555 05 00**, Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 271543; NIP 107-00-06-155; Kapitał zakładowy: 107 912 677 zł – wpłacony w całości.

axa.pl

Zakres ubezpieczenia

Informacja dotycząca Pakietu Życie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci

Uwaga! Jeśli Poważne zachorowanie było rozpoznane przed dniem podpisania niniejszej Wnioskopolisy, Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za to Poważne zachorowanie.

Informacja dotycząca Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus

Wskaż uposażonych. Odpowiedni formularz znajdziesz w broszurze z OWU – wypełnij go i wyślij na adres podany w stopce.

	Pakiet Życie	Pakiet AntyRAK	Pakiet AntyRAK Plus
Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna	4 PLN/17 PLN	4 PLN/17 PLN	8 PLN/34 PLN
Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego			
Poważne zachorowanie	6 800 PLN	–	–
Śmierć	6 800 PLN	zwrot równowartości wpłaconej składki	zwrot równowartości wpłaconej składki
Diagnoza nowotworu złośliwego	–	typ I: 32 000 PLN typ II: 3 200 PLN	typ I: 62 000 PLN typ II: 6 200 PLN
Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego	–	3 200 PLN	6 200 PLN
Świadczenie usług informacyjnych	–	zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych	zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych
Zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej	–	–	zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych

Strony umowy w przypadku wyboru Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus: Ubezpieczający i AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000041216, NIP 521-10-36-859, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 444 440 000 zł opłacony w całości.

	Pakiet Zdrowie	Pakiet Dziecko	Pakiet Dzieci
Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna	4 PLN/17 PLN	4 PLN/17 PLN	8 PLN/34 PLN
Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego			
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek (np. z powodu choroby)	18 000 PLN	18 000 PLN	18 000 PLN
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	36 000 PLN	36 000 PLN	36 000 PLN
Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 400 PLN grupa II: 1 000 PLN grupa III: 4 000 PLN	grupa I: 400 PLN grupa II: 1 000 PLN grupa III: 4 000 PLN	grupa I: 400 PLN grupa II: 1 000 PLN grupa III: 4 000 PLN
Poważne zachorowanie Dziecka	–	7 000 PLN	7 000 PLN
Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka	–	10 000 PLN	10 000 PLN
Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych
Zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Ubezpieczonemu kosztów świadczeń medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych

Strony umowy w przypadku wyboru Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci: Ubezpieczający i AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000271543, NIP 1070006155, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 107 912 677 zł opłacony w całości.