

---

**Szanowni Państwo,**

Dziękujemy za wybór ubezpieczenia Best Doctors AXA.

*PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ TREŚCIĄ PRZED WYDRUKOWANIEM DOKUMENTÓW*

**Niniejszy komplet dokumentów zawiera:**

- deklarację członkowską Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki,
- deklarację celu / ulotkę informacyjną - grupowego ubezpieczenia Best Doctors AXA,
- deklarację przystąpienia do ubezpieczenia AXA,
- druki przelewu / wpłaty składek.

Proszę o złożenie podpisu w miejscach oznaczonych "✓", a także zwrócenie uwagi na oświadczenia / pytania, które pojawiają się w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia AXA, również oznaczone "✓" i wymagające udzielenia odpowiedzi TAK / NIE.

Załączone dokumenty winny być wydrukowywane **JEDNOSTRONNIE** i tylko w takiej formie są przyjmowane celem zgłoszenia do ubezpieczenia.

**Przekazanie dokumentów nieuzupełnionych (we wszystkich wymaganych polach) bądź wydrukowanych nie jednostronnie może skutkować nie zgłoszeniem do ubezpieczenia w deklarowanym terminie.**

**Składkę za ubezpieczenie prosimy wpłacić niezwłocznie**, najlepiej w dniu wygenerowania się niniejszego kompletu dokumentów. Wpłata na koncie Stowarzyszenia WRN powinna pojawić się na koncie SWRN nie później niż 25 dni miesiąca poprzedzającego początek okresu ubezpieczenia.

**Numer konta do wpłaty pierwszej składki: 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721**

**Komplet dokumentów w oryginale** (wraz z potwierdzeniem płatności składki) powinien zostać dostarczony do Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki przed deklarowaną datą przystąpienia do ubezpieczenia.

Dokumenty można wysłać na poniższy adres:

Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki  
ul. Siedmiogrodzka 1 lok. 300, 01-204 Warszawa




Zespół Stowarzyszenia WRN

# GRUPOWE UBEZPIECZENIE MEDYCINA BEZ GRANIC - BEST DOCTORS wsparcie na każdym etapie leczenia

## Kto może przystąpić do ubezpieczenia ?

Osoba, która ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia. Ochrona ubezpieczeniowa trwa nie dłużej niż do ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia, z wyłączeniem świadczeń Opieki ambulatoryjnej w RP, które są realizowane do ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia.

**Ubezpieczenie Medycyna bez granic - Best Doctors zapewnia opiekę medyczną na całym świecie, na najwyższym poziomie, w razie poważnego stanu chorobowego. To dostęp do najlepszych fachowców, którzy pomogą powrócić do zdrowia.**

 <p><b>DRUGA OPINIA MEDYCZNA</b></p>	<p><b>Ubezpieczony będzie miał pewność, że jego diagnoza jest prawidłowa a plan leczenia optymalny.</b></p> <p>W przypadku zdiagnozowania poważnego stanu chorobowego: nowotworu, przeszczepu szpiku kostnego, przeszczepu narządów, wszczepienia by-passów, operacji naprawczej zastawek serca lub zabiegów neurochirurgicznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty przygotowania raportu na temat stanu zdrowia osoby ubezpieczonej. Opracowana przez zagranicznych ekspertów medycznych opinia, dotycząca postawienia diagnozy będzie zawierała również propozycje dalszego leczenia. Opinia zostanie przygotowana w języku polskim.</p>	<p><b>Suma ubezpieczenia</b> kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia</p> <p><b>2 000 000 euro</b> na cały okres ubezpieczenia limit: <b>1 000 000 euro</b> na rok polisy</p>
 <p><b>OPIEKA MEDYCZNA ZA GRANICĄ</b></p>	<p><b>Ubezpieczony zyskuje możliwość leczenia w renomowanej placówce za granicą, dobraną w oparciu o analizę zdrowia.</b></p> <p>Ubezpieczyciel w ramach ustalonego w OWU limitu przygotowuje miejsce w placówce medycznej za granicą i organizuje cały proces leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- podróż, transport medyczny i zakwaterowanie (również dla osoby towarzyszącej lub dawcy organu),</li> <li>- pobyt w szpitalu, przeprowadzenie operacji i pełną opiekę po niej,</li> <li>- podróż do domu,</li> <li>- zwrot kosztów leków zakupionych po powrocie do kraju <b>-do 50 000 euro.</b></li> </ul> <p>Dodatkowo ubezpieczony otrzymuje wypłatę świadczenia pieniężnego za każdy dzień pobytu w szpitalu - <b>100 euro / dzień / max 60 dni.</b></p>	
 <p><b>OPIEKA AMBULATORYJNA W POLSCE</b></p>	<p><b>Ubezpieczony zyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych po powrocie do Polski w ramach kontynuacji leczenia w ciągu 24 m-cy od daty wskazanej w pierwszym wstępnym certyfikacie leczenia.</b></p> <p>Po leczeniu za granicą ubezpieczyciel nadal będzie wspierał ubezpieczonego na drodze do osiągnięcia zdrowia. Będąc już w kraju, można korzystać bezgotówkowo lub na zasadzie refundacji z usług medycznych takich jak: badania laboratoryjne, biopsje, RTG, USG, tomografu, konsultacje lekarskie, rehabilitacja.</p>	<p><b>Limit 50 000 zł</b></p>
Śmierć ubezpieczonego		100 zł
<p><b>MIESIĘCZNA SKŁADKA</b> (w tym składka członkowska do SWRN 6 zł). Po ukończeniu 65 roku życia składka wynosi 154 zł (w tym składka członkowska 6 zł)</p>		<b>103 zł</b>

## Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

- poważnych stanów chorobowych zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych, lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi.
- poważnych stanów chorobowych spowodowanych chorobą, o którą towarzystwo zapytywało przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, zdiagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną lub której objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi, które miały miejsce w okresie 10 lat przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- chorób zdiagnozowanych, rozpoznanych, leczonych lub chorób, których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono po raz pierwszy w ciągu 6 miesięcy od daty przystąpienia do ubezpieczenia, z wyłączeniem poważnych stanów chorobowych, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie.


## Ogólne Warunki mające zastosowanie:

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem o indeksie GNOW/14/03/01 oraz ogólne warunki dodatkowych grupowych ubezpieczeń. Warunki ubezpieczenia przyjęte zostały w formie Tekstu jednolitego OWU na życie Ochrona z Plusem - Pakiety SWRN - Pakiet Medycyna bez granic - Best Doctors.

Imię i nazwisko	PESEL
Adres:	

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do ubezpieczenia zostały mi dostarczone przez Stowarzyszenie WRN właściwe warunki ubezpieczenia na trwałym nośniku, za jaki uważa się plik pdf, płytę CD lub format drukowany.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_   
własnoręczny czytelny podpis


Oświadczam, że jestem zainteresowany/a przystąpieniem od **1 grudnia 2016 roku** do ubezpieczenia proponowanego przez **AXA Życie TU S.A.**. Niniejszym zobowiązuję się wpłacać składkę ubezpieczeniową z góry (**do 15 dnia każdego miesiąca**) na moje **indywidualne konto bankowe Członka SWRN**

**Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki, ul. Giełdowa 4A lok. 82, 01-211 Warszawa, prowadzone przez Millenium, o numerze: 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721**

## Jestem świadomy/a, że brak wpłaty w wymaganym terminie powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

Jednocześnie upoważniam Stowarzyszenie WRN do przekazywania składki do AXA Życie TU S.A. w terminach określonych w polisie. Przyjmuję również do wiadomości, że w rocznicę ubezpieczenia wysokości świadczeń oraz składki mogą ulec zmianie. O ewentualnej zmianie warunków dany ubezpieczony będzie odpowiednio wcześniej poinformowany przez Stowarzyszenie WRN. Tym samym, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 101/2002, poz. 926 z późniejszymi zmianami) przez Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki i podmioty współpracujące; w tym Nestor Sp. z o.o., Nestor Serwis, AXA Życie TU S.A..

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_   
własnoręczny czytelny podpis

\* Niniejsza ulotka nie stanowi podstawy do określania zobowiązań z tytułu umowy ubezpieczenia

\_\_\_\_\_  
do polisy o numerze

 \_\_\_\_\_  
Numer przedstawiciela

**Kod dokumentu: 389\_1216**
**Deklaracja**
**uczestnictwa lub zmiany w grupowym ubezpieczeniu na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Medycyna bez granic - Best Doctors**

{CH0 }Deklaracja uczestnictwa

 Deklaracja zmian:

 danych Ubezpieczonego

 osoby uposażonej

*Prosimy wypełnić drukowanymi literami.*
*Niniejszym oświadczam, że przystępuję do ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.*
**Dane Ubezpieczającego:**
**Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki**
**ul. Giełdowa 4A lok. 82**
**01-211 Warszawa**
**Dane Ubezpieczonego**

 \_\_\_\_\_  
Nazwisko

 \_\_\_\_\_  
Imię

 \_\_\_\_\_  
Data urodzenia

 \_\_\_\_\_  
PESEL

 jeśli inne niż polskie .....

obywatelstwo

 \_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy

 \_\_\_\_\_  
E-mail

*Prosimy podać adres do korespondencji.*
 jeśli inny niż  
Polska.....

 \_\_\_\_\_  
Miejscowość

 \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

 \_\_\_\_\_  
Ulica

 \_\_\_\_\_  
Nr domu / lokalu

 \_\_\_\_\_  
Kraj

**Dane Uposażonego**
**100%**

 \_\_\_\_\_  
Nazwisko, imię

 \_\_\_\_\_  
Data urodzenia

 \_\_\_\_\_  
Procentowy udział w świadczeniu

**Podstawowe informacje o ubezpieczeniu**

Pakiet Medycyna bez granic - Best Doctors to ubezpieczenie, które obejmuje organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych. Zależy nam na tym, aby warunki ubezpieczenia były jak najbardziej czytelne i zrozumiałe, a decyzja o przystąpieniu do ubezpieczenia w pełni świadoma, dlatego poniżej opisujemy ograniczenia, na które należy zwrócić szczególną uwagę przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

- Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, które ukończyły 18. rok życia i nie ukończyły 65. roku życia.
- Ochrona ubezpieczeniowa trwa nie dłużej niż do ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 85. rok życia, z wyłączeniem świadczeń Opieki ambulatoryjnej w RP, które są realizowane do ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
  - 1) poważnych stanów chorobowych zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych oraz których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz
  - 2) poważnych stanów chorobowych spowodowanych chorobą zdiagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną lub której objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony, o którą Towarzystwo zapytywało w poniższym oświadczeniu medycznym.
- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w okresie 6 miesięcy liczonych od daty przystąpienia do ubezpieczenia, co oznacza, że w okresie tym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z poważnym stanem chorobowym, który został zdiagnozowany, rozpoznany lub leczony lub którego objawy zostały po raz pierwszy zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem poważnych stanów chorobowych, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą RP poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, jeżeli w momencie rozpoznania poważnego stanu chorobowego Ubezpieczony nie spełnił którejkolwiek z poniższych przesłanek: posiadał stałe miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz przebywał na terytorium RP przez okres dłuższy niż 183 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, chyba że powodem pobytu poza terytorium RP było korzystanie ze świadczeń w ramach Pakietu Medycyna bez granic - Best Doctors.

**Pamiętaj: Tekst jednolity Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienionych umową generalną Pakietu SWRN „Pakiet Medycyna bez granic - Best Doctors” zawiera szczegółowe zasady oferowania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej. Zapoznaj się z nimi. Powyższe wyłączenia stanowią jedynie niektóre z wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa.**

Zakres ubezpieczenia i składka				
Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia / limit	Suma ubezpieczenia <small>Kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia</small>		
Medycyna bez granic - Best Doctors	Druga opinia medyczna	zgodnie z OWUD	2 000 000 euro na cały okres ubezpieczenia limit: 1 000 000 euro na rok polisy	
	Opieka medyczna za granicą	Leczenie za granicą RP		zgodnie z OWUD
		Podróż lub transport		zgodnie z OWUD
		Zakwaterowanie		zgodnie z OWUD
		Repatriacja zwłok		zgodnie z OWUD
		Świadczenie pieniężne za każdy dzień pobytu w szpitalu. Maksymalnie za 60 dni na poważny stan chorobowy		100 euro
		Zakup leków po powrocie do RP		50 000 euro
Opieka ambulatoryjna w RP	zgodnie z OWUD	50 000 zł		
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł		
<b>Składka miesięczna dla osób, które ukończyły 18. rok życia</b>		<b>97 zł</b>		

Wysokość składki miesięcznej za Ubezpieczonego po rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez niego 65. roku życia wynosi 151 zł.

Oświadczenia
Oświadczenia o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

- został mi doręczony tekst jednolity Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienionych umową generalną Pakiety SWRN - Pakiet Medycyna bez granic - Best Doctors (dalej: Tekst jednolity), przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną w ramach ubezpieczenia grupowego Ochrona z Plusem „Pakiet Medycyna bez granic - Best Doctors” oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie kosztu składki ubezpieczeniowej;
- wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną w ramach ubezpieczenia grupowego Ochrona z Plusem „Pakiet Medycyna bez granic - Best Doctors” na podstawie Tekstu jednolitego i wyrażam zgodę na wysokości sum ubezpieczenia;
- wyrażam zgodę na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, której wysokość jest mi znana i ją akceptuję.

Oświadczenie medyczne Ubezpieczonego
--------------------------------------

Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat był(a) Pan/Pani hospitalizowany(a), leczony(a), diagnozowany(a), pozostawał(a) pod obserwacją lekarską z któregokolwiek z poniższych powodów:

- nowotworu lub innych form rozrostu złośliwego, włączając ziarnicę (chorobę Hodgkina),
- jakiegokolwiek zmiany guzowatej lub torbieli w obrębie czaszki, mózgu lub rdzenia kręgowego,
- białaczki lub innej choroby hematologicznej wymagającej leczenia przez okres ponad 1 miesiąca,
- jakiegokolwiek nowotworu przedinwazyjnego lub in situ, włączając m.in. nowotwory piersi, ginekologiczne, pęcherza lub prostaty,
- udar lub krwawienia do mózgu,
- cukrzycy,
- jakiegokolwiek choroby serca (z wyłączeniem leczenia z powodu wysokiego/niskiego ciśnienia lub wysokiego cholesterolu) lub czy obecnie oczekuje Pan/Pani na wyniki badań diagnostycznych w związku z którąkolwiek z ww. chorób?

Tak  Nie

**Uwaga! Odpowiedź „Tak” oznacza brak możliwości przystąpienia do ubezpieczenia.**

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych w związku z realizacją umowy grupowego ubezpieczenia na życie
--

Oświadczam, że przystępując do ubezpieczenia 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 tej deklaracji 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 grupowego. W przypadku braku zgody AXA na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia lub wystąpienia Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego, lub odstąpienia, wygaśnięcia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia grupowego 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 zmienię cel przetwarzania tych danych.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną
---

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed przystąpieniem do niej, jak i po przystąpieniu, 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 niniejszej deklaracji adres mojej poczty elektronicznej.

Upoważnienia dla Ubezpieczającego
-----------------------------------

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. Upoważniam Ubezpieczającego również do:

- odbierania w moim imieniu wszelkich oświadczeń i informacji, do których przekazywania Ubezpieczonemu zobowiązane jest AXA w związku z zawarciem, wykonywaniem i zmianą umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz;
- przesyłania zawiadomień, oświadczeń oraz pism za pomocą listu elektronicznego (e-mail) lub wiadomości tekstowej SMS, odpowiednio na wskazany w niniejszej deklaracji adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.

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 krążki, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie wyraża zgody.*

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od podmiotów grupy AXA informacji handlowej drogą elektroniczną.

Tak  Nie *Jeżeli nie zaznaczono krążki, przyjmuje się, że Ubezpieczony 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 PTE S.A., AXA TU i R S.A., AXA TFI S.A., Avanssur S.A. Oddział w Polsce - z siedzibami w W-ie (00-867) przy ul. Chłodnej 51.

Upoważnienia dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów
--

Upoważniam AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 (AXA), Best Doctors Services S.L.U., reasekuratora oraz Partnera Medycznego AXA do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia, w tym także do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, koniecznych do ustalenia odpowiedzialności AXA. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie AXA, Best Doctors Services S.L.U., reasekuratorowi oraz Partnerowi Medycznemu AXA, przez lekarzy, placówki medyczne i podmioty wykonujące działalność leczniczą, wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, w tym na przekazywanie kopii dokumentacji medycznej, o które AXA, Best Doctors Services S.L.U., reasekurator oraz Partner Medyczny AXA będą zapytywali w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Powyższe nie dotyczy wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na przekazywanie AXA oraz Partnerowi Medycznemu AXA przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności AXA oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Upoważniam AXA oraz Partnera Medycznego AXA do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności AXA;
  - innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) 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.
- Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Data \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Podpis Ubezpieczonego \_\_\_\_\_



**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA  
STOWARZYSZENIA WSPIERANIA ROZWOJU NAUKI**

Zarejestrowanego pod numerem KRS: 0000253968 w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy,  
XIII Wydział Gospodarczy KRS

Nazwisko:	<input type="text"/>	<b>ID członka:</b>	<input style="background-color: #cccccc;" type="text"/>
Imię:	<input type="text"/>		
PESEL:	<input type="text"/>	Wykształcenie:	<input type="text"/>
Zawód wykonywany:	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny:	<input type="text"/>		
Nr tel. komórkowego:	<input type="text"/>	Nr tel. stacjonarnego:	<input type="text"/>
Adres e-mail:	<input type="text"/>		
Osoba rekomendująca / polecająca nowego członka:	<input type="text"/>		

**OŚWIADCZENIE**

Wnoszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających Stowarzyszenia. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią statutu, oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień, w szczególności opłacania składki członkowskiej określonej w deklaracjach celów. Jednocześnie wyrażam zgodę na wysyłanie przez stowarzyszenie wszelkich powiadomień drogą elektroniczną, a odnośnie informacji o Walnym Zgromadzeniu poprzez zamieszczenie na stronie internetowej.

***Na podstawie art.23 us.1 pkt 1 ustawy z dnia 29 grudnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z dnia 29 październik 1997r. nr 133, poz.883) z późniejszymi zmianami wyrażam zgodę na używanie przez Stowarzyszenie oraz podmioty z nim współpracujące moich danych osobowych, zawartych w niniejszej deklaracji, jak również na przesyłanie ofert handlowych przez Stowarzyszenie.***

<input type="text"/>	<input type="text"/>
..... data	..... własnoręczny czytelny podpis

**NABYCIE CZŁONKOSTWA** (wypełniają władze Stowarzyszenia)

Z dniem ..... - ..... - ..... (rok - miesiąc - dzień) na podstawie niniejszej deklaracji przyjmuję Pana / Panią  
....., numer PESEL: .....,  
w poczet członków wspierających Stowarzyszenia.

Zarząd Stowarzyszenia	
-----------------------	--

