

Nr Pakietu: **1 7 2 - 1 5 - 0 0 0 1 0**

pieczęć RBH/Przedstawicielstwa	ID Pośrednika	AGENT Rodzaj pośrednika Agent/Broker	Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa
-----------------------------------	------------------	---	--

PODSTAWOWE DANE UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZANEGO

(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

PESEL: _____ Seria i nr dowodu osobistego: _____

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

nr telefonu: _____ e-mail: _____

Potwierdzam, że w/w był ubezpieczony w _____

od _____ do _____

Suma ubezpieczenia: **2 0 0 0 0** zł słownie: **dwadzieścia tysięcy złotych**

Początek odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożono wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz została opłacona składka.

Składka: **3 5** zł słownie: **trzydzieści pięć złotych**

Proszę o przesłanie na w/w adres druków opłacania składek: TAK

Składka będzie opłacana z częstotliwością miesięczną. Pierwsza składka opłacona za pośrednictwem Agenta TAK

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota świadczenia
1)	zgon Ubezpieczonego	200%	40 000 zł
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt. 1)	200%	40 000 zł
3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt. 1 i 2)	175%	35 000 zł
4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt. 1 i 2)	175%	35 000 zł
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt. 1 i 2)	175%	35 000 zł
6)	zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt. 1)	100%	20 000 zł
7)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: - za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - za 100% uszczerbku na zdrowiu	1,6% 160%	320 zł 32 000 zł
8)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	60%	12 000 zł
9)	rozszerzenie definicji poważnego zachorowania:		
a)	Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I
10)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 5 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	0,25%	50 zł
11)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni, jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	0,5%	100 zł
12)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	100%	20 000 zł
13)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” (za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni)	0,25%	50 zł
14)	rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2,5%	500 zł
15)	przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia	5%	1000 zł

WSKAZANIE BENEFICJENTA / ÓW (wypełnia Ubezpieczony, prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ŁĄCZNIE				100 %

BENEFICJENT ZASTĘPCZY (wypełnia Ubezpieczony, prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ŁĄCZNIE				100 %

Niewskazanie beneficjenta/ów skutkuje ustaleniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego zgodnie z treścią zawartej umowy ubezpieczenia.

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje był podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach pakietu Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie „SUPER GRUPA”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/am Ogólne Warunki Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie „SUPER GRUPA” zatwierdzone Uchwałą nr 01/10/2015 Zarządu „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 17 marca 2015 roku, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Warunki Szczególne do Umowy Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie „SUPER GRUPA” zawartej za pośrednictwem „EXPECTUM” Alina Borowicz, a także Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem/łam i których treść akceptuję.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych osobowych jest: „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Przyjmuję do wiadomości, iż stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzekany jest na podstawie Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zatwierdzonej przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, którą otrzymałem / łam.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych, również w przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej wygaśnięcia oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. NIE:

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie ww. adresu e-mail do przesyłania przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie zmian warunków tej umowy oraz rozpatrywania reklamacji. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz.U. z 2002 r. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.). NIE:

Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie, również w przeszłości, a także nie leczyłem/łam się i nie lecę się z powodu żadnego z poniższych schorzeń:
- wad wrodzonych i rozwojowych, wad lub chorób serca, zawału serca, przewlekłych chorób płuc, udaru mózgu, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności – HIV, żółtaczki typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.

Nie orzeczono u mnie znacznego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, w poprzednim stanie prawnym: I grupa inwalidztwa), umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy, w poprzednim stanie prawnym: II grupa inwalidztwa) lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych nieprawdziwych lub niekompletnych, uprawnia „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do odmowy wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 oraz art. 834 Kodeksu Cywilnego.

data podpisania wniosku

podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

„POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group
podpis osoby przyjmującej wniosek