

BEZPIECZNY NA DRODZE

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW WYPADKÓW KOMUNIKACYJNYCH
BEZPIECZNY NA DRODZE**

UWAGA! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

 D D - M M - R R R R

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia: * D D - M M - R R R R Rodzaj dokumentu tożsamości: _____ Seria i nr: _____

PESEL: _____ Obywatelstwo: _____ Miejsce urodzenia: _____ Państwo urodzenia: _____

Pełna nazwa / wpis: _____ lub pieczęć: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym: _____

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: - miejscowość: _____

DANE UBEZPIECZANEGO

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia: * D D - M M - R R R R Rodzaj dokumentu tożsamości: _____ Seria i nr: _____

PESEL: _____ Obywatelstwo: _____ Miejsce urodzenia: _____ Państwo urodzenia: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Adres zamieszkania: _____

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: - miejscowość: _____

Adres do korespondencji: _____

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: - miejscowość: _____

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres lat

z sumą ubezpieczenia w wysokości: 2 500 PLN 5 000 PLN 7 500 PLN 10 000 PLN 15 000 PLN 20 000 PLN

Zobowiązuję się do opłacania należnej składki: rocznie półrocznie (możliwość wyboru dla sumy ubezpieczenia powyżej 10 000 PLN)

jednorazowo za cały okres ubezpieczenia

Składka PLN słownie: _____

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Wysokość świadczenia
1)	zgon Ubezpieczonego	1% sumy ubezpieczenia
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	1000% sumy ubezpieczenia
3)	wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego - RENTA	10% sumy ubezpieczenia wysokość miesięcznej renty
4)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku)	1% sumy ubezpieczenia
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego (za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni)	1% sumy ubezpieczenia
6)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku komunikacyjnego (za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni)	1% sumy ubezpieczenia

Deklaruję chęć zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TAK NIE

W przypadku wybrania odpowiedzi „TAK”, prosimy o wypełnienie wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZANYM

Czy Ubezpieczany w ramach wykonywanych obowiązków zawodowych kieruje samochodem ciężarowym o ładowności powyżej 850 kg bądź autobusem poza obszarami zabudowanymi? TAK NIE

Czy złożenie wniosku o zawarcie umowy na rzecz Ubezpieczonego, następuje na tych samych warunkach oraz w tym samym czasie co wniosku o zawarcie umowy z małżonkiem/partnerem Ubezpieczonego, z którym Ubezpieczany wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe? TAK NIE

W przypadku wybrania odpowiedzi „TAK”, prosimy o podanie danych małżonka/partnera Ubezpieczonego:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
ŁĄCZNIE				100 %

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

OŚWIADCZENIA

SEKCJA I *

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy terminowego ubezpieczenia na życie i od następstw wypadków komunikacyjnych BEZPIECZNY NA DRODZE. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie i od następstw nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych BEZPIECZNY NA DRODZE o symbolu BRP-1318 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że dokument o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawieranej umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawierana umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w otrzymanym dokumencie o produkcie ubezpieczeniowym a treścią zawieranej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 oraz 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń, a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
- Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje 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, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej. UBEZPIECZANY TAK NIE
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. UBEZPIECZANY TAK NIE

SEKCJA II

- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z zawartą przeze mnie umową ubezpieczenia, wybierając jako formę kontaktu:
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia. UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE

SEKCJA III

- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty. UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

podpis Ubezpieczającego (dotyczy umów, w których Ubezpieczający nie jest jednocześnie Ubezpieczanym)

podpis Ubezpieczonego

* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.

DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO³

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity).

UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE

W przypadku zaznaczenia „TAK” prosimy o wypełnienie części A i B poniżej.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

CZĘŚĆ A

Źródło pochodzenia majątku oraz środków na finansowanie składki:

wynagrodzenie,

dochody z prowadzonej działalności gospodarczej,

oszczędności,

spadek,

sprzedaż wartości majątkowych,

wygrana w grach losowych,

inne, jakie? _____

CZĘŚĆ B

Wymagana, gdy:

- w części A zaznaczono „dochody z prowadzonej działalności gospodarczej”,
- uzyskano informacje od Ubezpieczającego, że prowadzi działalność gospodarczą,
- deklarację wypełnia przedsiębiorca.

Rodzaj prowadzonej przez Klienta działalności gospodarczej _____

DD - MM - RRRR _____
Data podpisania wniosku miejscowość podpis Ubezpieczającego

Jako Dystrybutor Ubezpieczeń oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczonego/ osoby reprezentującej Ubezpieczonego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

AGENT
/BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń
 Agent Broker

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

OFWCA*

ID osoby fizycznej wykonującej czynności
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej
wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

AGENT

ID Dystrybutora Ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.
Dystrybutor Ubezpieczeń

OFWCA*

ID OFWCA Dystrybutora Ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA
Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

* Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora Ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym.

*WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISKI WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.