

PAKIETY PLATINUM

Nr Pakietu: - -

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

PODSTAWOWE DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)Imię / imiona: Nazwisko: Data urodzenia / dzień: miesiąc: rok: PESEL: Seria i numer dowodu osobistego:

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: nr domu: nr mieszkania: kod pocztowy: - miejscowość: nr telefonu: e-mail: Suma ubezpieczenia: **10.000,00** zł słownie: **dziesięć tysięcy złotych**

Wariant Ubezpieczenia (prosimy zaznaczyć wybrany wariant)

- WARIANT 13 - PLATINUM STANDARD** Składka: **76,00** zł słownie: **siedemdziesiąt sześć złotych**
- WARIANT 14 - PLATINUM STANDARD +** Składka: **79,00** zł słownie: **siedemdziesiąt dziewięć złotych**
- WARIANT 15 - PLATINUM JUNIOR** Składka: **82,00** zł słownie: **osiemdziesiąt dwa złote**
- WARIANT 16 - PLATINUM COMPLETE** Składka: **85,00** zł słownie: **osiemdziesiąt pięć 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.

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	WARIANT 13 PLATINUM STANDARD	WARIANT 14 PLATINUM STANDARD +	WARIANT 15 PLATINUM JUNIOR	WARIANT 16 PLATINUM COMPLETE
	kwota świadczenia	kwota świadczenia	kwota świadczenia	kwota świadczenia
1) Zgon Ubezpieczonego	35 000 zł	35 000 zł	35 000 zł	35 000 zł
2) Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1)	30 000 zł	30 000 zł	30 000 zł	30 000 zł
3) Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1 i 2)	30 000 zł	30 000 zł	30 000 zł	30 000 zł
4) Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1 i 2)	30 000 zł	30 000 zł	30 000 zł	30 000 zł
5) Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1 i 2)	30 000 zł	30 000 zł	30 000 zł	30 000 zł
6) Chorobowy Zgon Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1)	15 000 zł	15 000 zł	15 000 zł	15 000 zł
7) Zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci)	7 000 zł	7 000 zł	7 000 zł	7 000 zł
8) Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)	300 zł	300 zł	300 zł	300 zł
9) Wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	8 000 zł	8 000 zł	8 000 zł	8 000 zł
10) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 5 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	60 zł	60 zł	60 zł	60 zł
11) Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni (lecz nie mniej niż 12 godzin), jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	120 zł	120 zł	120 zł	120 zł
12) Narodziny żywego dziecka Ubezpieczonemu	1 300 zł	1 300 zł	1 300 zł	1 300 zł
13) Narodziny martwego dziecka Ubezpieczonemu	4 000 zł	4 000 zł	4 000 zł	4 000 zł
14) Zgon małżonka/konkubenta Ubezpieczonego	4 000 zł	4 000 zł	4 000 zł	4 000 zł
15) Zgon małżonka/konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 14)	4 000 zł	4 000 zł	4 000 zł	4 000 zł
16) Zgon dziecka Ubezpieczonego	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł
17) Zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 16)	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł
18) Zgon rodziców Ubezpieczonego	1 300 zł	1 300 zł	1 300 zł	1 300 zł
19) Zgon rodziców małżonka Ubezpieczonego	1 300 zł	1 300 zł	1 300 zł	1 300 zł
20) Rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		2 000 zł		2 000 zł
21) Leczenie szpitalne - świadczenie apteczne		100 zł		100 zł
22) Poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej (pobyt w szpitalu min. 3 dni)		800 zł		800 zł
23) Przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia		800 zł		800 zł

24)	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni	50 zł	50 zł
25)	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za każdy orzeczonego 1% uszczerbku na zdrowiu)	50 zł	50 zł
26)	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci) – renta		1 000 zł / 1 000 zł
27)	Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	70 zł	70 zł
28)	Wystąpienie poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego	5 000 zł	5 000 zł
29)	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy orzeczonego 1% uszczerbku na zdrowiu	80 zł	80 zł
30)	Wystąpienie poronienia u Ubezpieczonego lub małżonki Ubezpieczonego	4 000 zł	4 000 zł

Ponadto, Ubezpieczony posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach umów, których zakres ochrony obejmuje ryzyko, o którym mowa w pkt. 20 niniejszego wniosku bierze udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, zgodnie z obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Regulaminem Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.

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

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.				
2.				
3.				
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 były podstawą do zawarcia umowy Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie „GRUPA+” w ramach wybranego Pakietu. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/am: Ogólne Warunki Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie „GRUPA+” zatwierdzone Uchwałą nr 01/30/2016 Zarządu „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.09.2016 roku, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść ubezpieczenia, w szczególności zakres wybranego Pakietu, Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”¹⁾ a także Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem/łam i których treść akceptuję.

Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie ww. Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”. Wyrażam równocześnie zgodę na przekazywanie moich danych osobowych AWP P&C S.A Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, w celach związanych z realizacją Programu.¹⁾

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych osobowych jest: „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A (a w przypadku rozszerzenia umowy o „Pakiet Usług Assistance” również AWP P&C S.A Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B)¹⁾ oraz, że celem przetwarzania danych jest realizacja zawartej 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 pielęgniarnek, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, dokumentacji oraz informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także dokumentacji oraz informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Przyjmuję do wiadomości, iż stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzekany jest na podstawie Tabeli Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu, 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 2016 r. poz. 922 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 wykorzystanie 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. (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz.1030 z późn. zm.). NIE:

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

podpis Ubezpieczającego

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, żółtaczkę 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

Jako pośrednik ubezpieczeniowy oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczonego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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

¹⁾ dotyczy wyłącznie osób których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko wskazane w pkt. 20.