

SCHOLAR

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UNIWERSALNEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA DZIECI I MŁODZIEŻY SCHOLAR

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa _____
ID POLISA-ŻYCIE _____ ID Pośrednika _____ Rodzaj Pośrednika _____ Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa _____
UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. _____ Agent/Broker _____

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Pełna nazwa / wpis: _____ lub pieczęć: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Adres do korespondencji:
ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____
kod pocztowy: _____ miejscowość: _____
REGON: _____
liczba osób przystępujących do umowy ubezpieczenia: _____
liczba osób zwolnionych z opłacania składki: _____

OSOBA REPREZENTUJĄCA GRUPĘ UBEZPIECZONYCH

Imię: _____ Nazwisko: _____
Nr telefonu: _____ E-mail: _____

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Z tytułu zajęcia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	Zakres (wstawić X w przypadku wyboru ryzyka)	świadczenie w % Sumy ubezpieczenia	kwota
w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):			
1) zgon Ubezpieczonego	10%-100%		
w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):			
2) zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	50%-200% <input type="checkbox"/>		
3) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu*	0,5%-2% <input type="checkbox"/>		
4) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego			
Pakiet I	10%-30% <input type="checkbox"/>		
Pakiet II	10%-30% <input type="checkbox"/>		
5) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, za każdy Dzień pobytu w Szpitalu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt w Szpitalu nie był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-0,5% <input type="checkbox"/>		
6) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, za każdy Dzień pobytu w Szpitalu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli pobyt w Szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-1% <input type="checkbox"/>		
7) Rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>		500 PLN
8) zgon Rodzica Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	10%-250% <input type="checkbox"/>		
9) wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego (świadczenie należy określić jako wielokrotność 50 PLN)	50-250 PLN <input type="checkbox"/>		
10) wystąpienie u Ubezpieczonego Lekkiego obrażenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (świadczenie należy określić jako wielokrotność 10 PLN)	50-100 PLN <input type="checkbox"/>		
11) zatrucie Ubezpieczonego gazami skutkujące pobytem w Szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień z utratą przytomności	10%-25% <input type="checkbox"/>		
bez utraty przytomności	50% (świadczenia określonego dla zatrucia z utratą przytomności)		
12) porażenie Ubezpieczonego prądem skutkujące pobytem w Szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień z utratą przytomności	10%-25% <input type="checkbox"/>		
bez utraty przytomności	50% (świadczenia określonego dla porażenia prądem z utratą przytomności)		

13)	pogryzienie Ubezpieczonego przez psa skutkujące pobytym w Szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień	10%-25%	<input type="checkbox"/>		
14)	utonięcie Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku)	50%-200%	<input type="checkbox"/>		
15)	powstanie Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - świadczenia wymienione w Tabeli nr 1 OWU SCHOLAR**				
16)	Złamanie - świadczenie stanowiące iloczyn 20% Sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla Złamań, wymienionego w Tabeli nr 2 OWU SCHOLAR**				
17)	Zwicznienia stawu - świadczenie stanowiące iloczyn 20% Sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla Zwicznień, wymienionego w Tabeli nr 3 OWU SCHOLAR**				

*Brak możliwości wyboru ryzyka, w przypadku ryzyka wskazanego w pkt 15), 16), 17).

**Brak możliwości wyboru ryzyka, w przypadku ryzyka wskazanego w pkt 3).

Ponadto Ubezpieczeni posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia, których zakres ochrony obejmuje ryzyko, o którym mowa w pkt 7) tabeli powyżej biorą udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży, zgodnie z Regulaminem Uczestnictwa w Programie obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia: _____ PLN słownie: _____

Składka za 1 osobę: _____ PLN słownie: _____

Postulowany dzień początku odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

dzień: 01 miesiąc: _____ rok: _____

Forma płatności składki (zaznacz właściwe): jedenrazowo: dwie raty:

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

- Oświadczam, że zapoznałem się oraz wszystkie osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.* TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy uniwersalnego grupowego ubezpieczenia dzieci i młodzieży SCHOLAR. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki uniwersalnego grupowego ubezpieczenia dzieci i młodzieży SCHOLAR o symbolu BRP-0718, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży** z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Zobowiązuje się do przekazania na piśmie ogólnych warunków uniwersalnego grupowego ubezpieczenia dzieci i młodzieży SCHOLAR o symbolu BRP-0718, innych dokumentów kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży** osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową przed wyrażeniem przez nie zgody na ubezpieczenie.

OŚWIADCZENIA MARKETINGOWE

- 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, płci, 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. 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) TAK NIE
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, 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. TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, 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. TAK NIE

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

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego
/osoby reprezentującej Ubezpieczającego

pieczęć i podpis Pośrednika

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.
pieczęć i podpis osoby reprezentującej POLISA-ŻYCIE
UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

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

** Dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia, w których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Oświadczenie Beneficjent Rzeczywisty*

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

NR WNIOSKU/POLISY** _____

Ja niżej podpisany _____ PESEL _____ oświadczam, że Beneficjentem

Rzeczywistym w związku z transakcją wynikającą ze złożenia w dniu D, D, - M, M, - R, R, R, R, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia/zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia**
jestem ja/jest**:

1.

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego _____ Obywatelstwo _____

PESEL _____ Data urodzenia*** D, D, - M, M, - R, R, R, R, Państwo urodzenia _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____
Adres zamieszkania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Kraj _____

2.

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego _____ Obywatelstwo _____

PESEL _____ Data urodzenia*** D, D, - M, M, - R, R, R, R, Państwo urodzenia _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____
Adres zamieszkania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Kraj _____

3.

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego _____ Obywatelstwo _____

PESEL _____ Data urodzenia*** D, D, - M, M, - R, R, R, R, Państwo urodzenia _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____
Adres zamieszkania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Kraj _____

4.

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego _____ Obywatelstwo _____

PESEL _____ Data urodzenia*** D, D, - M, M, - R, R, R, R, Państwo urodzenia _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____
Adres zamieszkania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Kraj _____

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie oświadczam, że jest mi znany obowiązek poinformowania Beneficjenta Rzeczywistego o przekazaniu jego danych Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa, w celu identyfikacji, a także obowiązek poinformowania Beneficjenta Rzeczywistego o przysługującym mu prawie dostępu do treści jego danych i ich poprawiania. Jednocześnie oświadczam, że ww. obowiązki wykonałem.

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
_____ miejscowość _____ podpis osoby składającej oświadczenie

*Beneficjent Rzeczywisty oznacza:

osobę fizyczną lub osoby fizyczne sprawujące bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad klientem poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez klienta, lub osobę fizyczną lub osoby fizyczne, w imieniu których są nawiązywane stosunki gospodarcze lub przeprowadzana jest transakcja okazjonalna, w tym:

- w przypadku klienta będącego osobą prawną inną niż spółka, której papiery wartościowe są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym podlegającym wymogom ujawniania informacji wynikającym z przepisów prawa Unii Europejskiej lub odpowiadającym im przepisom prawa państwa trzeciego: – osobę fizyczną będącą udziałowcem lub akcjonariuszem klienta, której przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji tej osoby prawnej, – osobę fizyczną dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie stanowiącym klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu, – osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad osobą prawną lub osobami prawnymi, którym łącznie przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji klienta, lub łącznie dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu, – osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad klientem poprzez posiadanie w stosunku do tej osoby prawnej uprawnień, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395, 398 i 650), lub – osobę fizyczną zajmującą wyższe stanowisko kierownicze w przypadku udokumentowanego braku możliwości ustalenia lub wątpliwości co do tożsamości osób fizycznych określonych w tiret pierwszym, drugim, trzecim i czwartym oraz w przypadku nieświerdzenia podejrzeń prania pieniędzy lub finansowania terroryzmu,
- w przypadku klienta będącego trustem:
 - założyciela,
 - powiernika,
 - nadzorcę, jeżeli został ustanowiony,
 - beneficjenta,
 - inną osobę sprawującą kontrolę nad trustem,
- w przypadku klienta będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, wobec którego nie stwierdzono przesłanek lub okoliczności mogących wskazywać na fakt sprawowania kontroli nad nim przez inną osobę fizyczną lub osoby fizyczne, przyjmuje się, że taki klient jest jednocześnie beneficjentem rzeczywistym.

** Niepotrzebne skreślić.

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

Deklaracja w sprawie zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego*

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Nr Wniosku/Polisy** _____

I.

Nazwisko _____
i imię _____ Obywatelstwo _____ Płeć K, M
PESEL _____ Data urodzenia*** DD MM RR RR RR RR Miejsce urodzenia _____ Państwo urodzenia _____

Adres zamieszkania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Kraj _____

II. OŚWIADCZENIE

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). TAK NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data D D - M M - R R R R _____
miejscowość _____ podpis osoby składającej oświadczenie _____

* 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:

- szeferów 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 BLISCY 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.

** Niepotrzebne skreślić.

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