

VIP

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE VIP**

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

Numer Pakietu: \_\_\_\_\_

WARIANT I ☐

WARIANT II ☐

Pięczęć RBH/Przedstawicielstwa \_\_\_\_\_  
ID POLISA-ŻYCIE \_\_\_\_\_ ID Pośrednika \_\_\_\_\_ Rodzaj Pośrednika \_\_\_\_\_ Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa \_\_\_\_\_  
UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. Agent/Broker

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO**

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \*D D - M M - R R R R Obywatelstwo: \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Seria i numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Zawód wykonywany: \_\_\_\_\_

Suma ubezpieczenia: **100.000 PLN** słownie: **sto tysięcy złotych**

**Początek odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

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

Składka będzie opłacana z częstotliwością wynikającą z warunków na jakich został otwarty PAKIET.

Pierwsza składka opłacona za pośrednictwem Pośrednika: TAK ☐

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO |                                                                                                                                             | WARIANT I                                   | WARIANTII                  |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
|                                    |                                                                                                                                             | wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia |                            |
| 1)                                 | zgon Ubezpieczonego                                                                                                                         | 50%                                         | 100%                       |
| 2)                                 | zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))     | 50%                                         | 50%                        |
| 3)                                 | zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2)) | 50%                                         | 50%                        |
| 4)                                 | trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                | 0,5%<br>za 1% uszczerbku                    | 0,75%<br>za 1% uszczerbku  |
| 5)                                 | trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wystąpienia w okresie ubezpieczenia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego        | 0,125%<br>za 1% uszczerbku                  | 0,25 %<br>za 1% uszczerbku |
| 6)                                 | zgon Małżonka/Konkubenta w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                                   | 12,5%                                       | 25%                        |
| 7)                                 | zgon Dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                                               | 6,25%                                       | 12,5%                      |
| 8)                                 | zgon Rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                               | 1,25%                                       | 2,5%                       |
| 9)                                 | zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                      | 1,25%                                       | 2,5%                       |
| 10)                                | poważne zachorowanie Ubezpieczonego                                                                                                         | 2,5%                                        | 5%                         |
| 11)                                | pobyt Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej OIOM                                                                          | 0,1%<br>za 1 dzień pobytu                   | 0,2%<br>za 1 dzień pobytu  |
| 12)                                | pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                            | 0,05%<br>za 1 dzień pobytu                  | 0,1%<br>za 1 dzień pobytu  |
| 13)                                | rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                               | 2%                                          | 2%                         |

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

## WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony)

| Lp. | Imię | Nazwisko | PESEL lub data urodzenia | % świadczenia        |
|-----|------|----------|--------------------------|----------------------|
| 1.  |      |          |                          |                      |
| 2.  |      |          |                          |                      |
| 3.  |      |          |                          |                      |
|     |      |          |                          | <b>ŁĄCZNIE 100 %</b> |

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

Sposób powiązania Ubezpieczonego z Beneficjentem (np. wstępny/zstępny, brat/siostra, małżonek lub wspólne gospodarstwo domowe):

- 
- 
- 
- 

## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I \*

- 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 niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP o symbolu BRP-0518, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia oraz Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.

SEKCJA II \*

- Oświadczam, iż w związku z udziałem w Programie „Pakiet Usług Assistance” otrzymałem informację na temat przetwarzania moich danych osobowych przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu oraz otrzymałem Politykę Prywatności AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (aktualna treść Polityki Prywatności jest również dostępna pod adresem <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>) ☐ TAK ☐ NIE
- 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. ☐ 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 udzielili 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. ☐ TAK ☐ NIE

SEKCJA III

- Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group przetwarzała moje dane osobowe dotyczące stanu zdrowia, podane w niniejszym wniosku oraz zebrane lub udostępnione Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na przysyłanie 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) ☐ TAK ☐ NIE  
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) ☐ 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, 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 przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami 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

SEKCJA IV

- 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 z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), w jej własnych celach marketingowych, oraz 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.

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

\* 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 POLITYCZNEGO\*

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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\_\_\_\_\_  
podpis Ubezpieczającego

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                              |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Wzrost _____ cm Waga _____ kg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                              |
| 2. | Czy leczył/leczyła się Pani/Pan lub rozpoznano u Pani/Pan którekolwiek ze schorzeń: choroba serca, choroba układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nowotwór, choroba trzustki, choroba wątroby, choroba nerek, choroba przewodu pokarmowego, niewydolność oddechowa, choroba neurologiczna, udar mózgu, paraliż, zaburzenia psychiczne, zakażenie wirusem HIV, HCV lub HBV? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. | Czy rozpoznano u Pani/Pan chorobę inną niż wymieniona powyżej lub czy wystąpił u Pani/Pan uraz, które skutkowały długotrwałym leczeniem i/lub niezdolnością do pracy i/lub następstwami odległymi w czasie?                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. | Czy w ciągu ostatnich 2 lat był/a Pani/Pan niezdolny/a do pracy z powodu choroby dłużej niż 30 kolejnych dni (z wyłączeniem złamań/skręceń kończyn, chorób kręgosłupa, ciąży)?                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. | Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pani/Pan w szpitalu celem diagnostyki lub leczenia (z wyłączeniem złamań/skręceń kończyn, chorób kręgosłupa, ciąży)?                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. | Czy posiada Pani/Pan świadczenie rentowe lub czy orzeczono u Pani/Pan niezdolność do pracy?                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 7. | Czy stwierdzono u Pani/Pan uzależnienie od alkoholu, narkotyków, innych używek lub był/a Pani/Pan leczony/a z powodu zatrucia alkoholem, narkotykami lub innymi używkami (dopalacze) lub ich przedawkowania?                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić wypłaty świadczenia na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym.

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

\_\_\_\_\_  
podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

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

\_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis Pośrednika

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

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

### \* 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:

- szeffów 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 trybunałów 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 WSPÓŁPRACOWNIK 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.