

GRUPA+

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GRUPA+

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

PAKIETY DIAMOND Numer Pakietu: _____ - _____ - _____

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa P _____ _____ _____
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 / dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____ Obywatelstwo: _____

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: _____

Suma ubezpieczenia: **10.000** PLN słownie: **dziesięć tysięcy złotych**

Wariant Ubezpieczenia (prosimy zaznaczyć wybrany wariant)

- WARIANT 17 - DIAMOND STANDARD** Składka: **92** PLN słownie: **dziewięćdziesiąt dwa złote**
- WARIANT 18 - DIAMOND STANDARD +** Składka: **95** PLN słownie: **dziewięćdziesiąt pięć złotych**
- WARIANT 19 - DIAMOND JUNIOR** Składka: **100** PLN słownie: **sto złotych**
- WARIANT 20 - DIAMOND COMPLETE** Składka: **103** PLN słownie: **sto trzy złote**

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.

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

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

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	WARIANT 17 DIAMOND STANDARD	WARIANT 18 DIAMOND STANDARD +	WARIANT 19 DIAMOND JUNIOR	WARIANT 20 DIAMOND COMPLETE
	kwota świadczenia	kwota świadczenia	kwota świadczenia	kwota świadczenia
1) zgon Ubezpieczonego	45 000 PLN	45 000 PLN	45 000 PLN	45 000 PLN
2) zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	40 000 PLN	40 000 PLN	40 000 PLN	40 000 PLN
3) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	40 000 PLN	40 000 PLN	40 000 PLN	40 000 PLN
4) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	40 000 PLN	40 000 PLN	40 000 PLN	40 000 PLN
5) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	40 000 PLN	40 000 PLN	40 000 PLN	40 000 PLN
6) zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN
7) zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci)	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
8) powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)	400 PLN	400 PLN	400 PLN	400 PLN
9) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
10) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 5 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	70 PLN	70 PLN	70 PLN	70 PLN
11) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni (lecz nie mniej niż 12 godzin), jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	140 PLN	140 PLN	140 PLN	140 PLN
12) narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu	1 500 PLN	1 500 PLN	1 500 PLN	1 500 PLN
13) narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN
14) zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN
15) zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 14))	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN	5 000 PLN
16) zgon Dziecka Ubezpieczonego	7 000 PLN	7 000 PLN	7 000 PLN	7 000 PLN
17) zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 16))	7 000 PLN	7 000 PLN	7 000 PLN	7 000 PLN
18) zgon rodziców Ubezpieczonego	1 500 PLN	1 500 PLN	1 500 PLN	1 500 PLN
19) zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego	1 500 PLN	1 500 PLN	1 500 PLN	1 500 PLN
20) rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		2 000 PLN		2 000 PLN
21) leczenie szpitalne - świadczenie apteczne		100 PLN		100 PLN
22) poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej (pobyt w szpitalu min. 3 dni)		800 PLN		800 PLN
23) przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia		800 PLN		800 PLN
24) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni		50 PLN		50 PLN
25) powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)		50 PLN		50 PLN
26) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci) – renta			1 500 PLN	1 500 PLN
27) pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem			80 PLN	80 PLN
28) wystąpienie poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego			7 000 PLN	7 000 PLN
29) powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu			100 PLN	100 PLN
30) wystąpienie poronienia u Ubezpieczonego lub Małżonki Ubezpieczonego			5 000 PLN	5 000 PLN

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

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 UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I *	<p>• 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>• Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie GRUPA+ w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.</p> <p>• Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie GRUPA+ o symbolu BRP-0918 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”**, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.</p> <p>• Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”**.</p> <p>• 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). <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>• Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.</p> <p>• Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.</p>
	<p>• 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>• 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 losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>• 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>• 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>• 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) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>• 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA III	<p>• 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) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>• 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 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>• 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 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>

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

_____ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie, również w przeszłości, a także nie leczyłem 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.

Jestem świadomy, że w razie załataenia 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.

 D D - M M - R R R R

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.

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

** Dotyczy wyłącznie Ubezpieczonych, których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.