

**GRUPA+**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GRUPA+**

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

**PAKIETY SILVER** Numer Pakietu: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pieczęć 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 / 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 5 - SILVER STANDARD** Składka: **48** PLN słownie: **czterdzieści osiem złotych**
- WARIANT 6 - SILVER STANDARD +** Składka: **51** PLN słownie: **pięćdziesiąt jeden złotych**
- WARIANT 7 - SILVER JUNIOR** Składka: **51** PLN słownie: **pięćdziesiąt jeden złotych**
- WARIANT 8 - SILVER COMPLETE** Składka: **54** PLN słownie: **pięćdziesiąt cztery 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 5 SILVER STANDARD	WARIANT 6 SILVER STANDARD +	WARIANT 7 SILVER JUNIOR	WARIANT 8 SILVER COMPLETE
		kwota świadczenia	kwota świadczenia	kwota świadczenia	kwota świadczenia
1)	zgon Ubezpieczonego	15 000 PLN	15 000 PLN	15 000 PLN	15 000 PLN
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
6)	zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN
7)	zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci)	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN
8)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu)	200 PLN	200 PLN	200 PLN	200 PLN
9)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN
10)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 5 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	40 PLN	40 PLN	40 PLN	40 PLN
11)	pobyt 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	80 PLN	80 PLN	80 PLN	80 PLN
12)	narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 PLN
13)	narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN	2 000 PLN
14)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	2 500 PLN	2 500 PLN	2 500 PLN	2 500 PLN
15)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 14))	2 500 PLN	2 500 PLN	2 500 PLN	2 500 PLN
16)	zgon Dziecka Ubezpieczonego	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN
17)	zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 16))	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN	3 000 PLN
18)	zgon rodziców Ubezpieczonego	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 PLN
19)	zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 PLN	1 000 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			500 PLN	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			50 PLN	50 PLN
28)	wystąpienie poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego			2 000 PLN	2 000 PLN
29)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu			50 PLN	50 PLN
30)	wystąpienie poronienia u Ubezpieczonego lub Małżonki Ubezpieczonego			2 000 PLN	2 000 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.	_____	_____	_____	_____
<b>ŁĄCZNIE</b>				<b>100 %</b>

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&amp;C S.A. Oddział w Polsce w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu oraz otrzymałem Politykę Prywatności AWP P&amp;C S.A. Oddział w Polsce (aktualna treść Polityki Prywatności jest również dostępna pod adresem <a href="http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx">http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx</a>). <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 udzieliłi 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. <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 załatajenia 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.