

OPEN SCHOLAR

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DZIECI I MŁODZIEŻY OPEN SCHOLAR

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

Numer Pakietu: _____ - _____ - _____

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

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

(Ubezpieczającym, w przypadku umowy na rzecz osoby niepełnoletniej jest jej przedstawiciel ustawowy)

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia / dzień: ____ miesiąc: ____ rok: ____ Obywatelstwo: _____

PESEL: _____ Seria i numer dowodu osobistego: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: ____ - ____ miejscowość: _____

DANE UBEZPIECZANEGO - należy wypełnić, gdy Ubezpieczany nie jest jednocześnie Ubezpieczającym

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: _____

Nazwa Jednostki Organizacyjnej, do której Ubezpieczany uczęszcza lub której jest uczniem/studentem

Suma ubezpieczenia: _____ PLN słownie: _____

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: _____

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

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

	w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):	zakres (wstawić X w przypadku wyboru ryzyka)	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
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*	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 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 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 pobytem 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 OPEN SCHOLAR**	<input type="checkbox"/>		
16)	złamanie - świadczenie stanowiące iloczyn 20% sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla złamań, wymienionego w Tabeli nr 2 OWU OPEN SCHOLAR**	<input type="checkbox"/>		
17)	zwichnięcie stawu - świadczenie stanowiące iloczyn 20% sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla zwichnięć, wymienionego w Tabeli nr 3 OWU OPEN SCHOLAR**	<input type="checkbox"/>		

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

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

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.

WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy)

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

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. UBEZPIECZAJĄCY <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 dzieci i młodzieży OPEN SCHOLAR 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 dzieci i młodzieży OPEN SCHOLAR o symbolu BRP-0818 oraz 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.</p>
	<p>• Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży, na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży.**</p>
SEKCJA II *	<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. UBEZPIECZANY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA III	<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 udzieliли 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. UBEZPIECZANY <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. UBEZPIECZANY <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. UBEZPIECZANY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA III	<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) UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) UBEZPIECZAJĄCY <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. UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<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) UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA IV	<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 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. UBEZPIECZAJĄCY <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 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. UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>

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

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego
(w przypadku, gdy Ubezpieczany jest osobą niepełnoletnią
podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Jako Pośrednik 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

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.