

**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 zajścia 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 pobylem 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 pobylem 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)	Zwichnięcia stawu - świadczenie stanowiące iloczyn 20% Sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla Zwichnięć, 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):    jednorazowo:                     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.