

VIP

WNIOSEK O INDYWIDUALNĄ KONTYNUACJĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE VIP

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

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

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: _____ PLN słownie: _____

Odpowiedzialność Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu indywidualnej kontynuacji zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP rozpoczyna się od dnia wskazanego na polisie, lecz nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki.

Składka _____ PLN słownie: _____

Składka będzie opłacana (zaznacz właściwe): miesięcznie: kwartalnie: półrocznie: rocznie:

Wariant ubezpieczenia: **WARIANT I** **WARIANT II**

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ zależny jest od wariantu ubezpieczenia umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP

	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	WARIANT I	WARIANT II
1)	zgon Ubezpieczonego	100%	150%
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	100%	150%

WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
				ŁĄCZNIE 100 %

BENEFICJENT ZASTĘPCZY (wypełnia Ubezpieczony)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
				ŁĄCZNIE 100 %

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

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 indywidualnej kontynuacji zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy indywidualnej kontynuacji zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem:
 - ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 01/09/2013 z dnia 05 marca 2013 roku (dalej: OWU), skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia stanowiący załącznik do OWU, a także Zasady składania i rozpatrywania reklamacji oraz skarg i zażaleń obowiązujące w Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
 - ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 06/27/2014 z dnia 26 sierpnia 2014 roku (dalej: OWU), skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia stanowiący załącznik do OWU, a także Zasady składania i rozpatrywania reklamacji oraz skarg i zażaleń obowiązujące w Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
 - ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP o zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 02/11/2015 z dnia 25 marca 2015 roku (dalej: OWU), skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia stanowiący załącznik do OWU, a także Zasady składania i rozpatrywania reklamacji oraz skarg i zażaleń obowiązujące w Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group,
 - ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP o symbolu BRP-0518,
 z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż od dnia wskazanego w polisie, jako pierwszy dzień odpowiedzialności ww. ogólne warunki ubezpieczenia stanowiąć będą treść łączącej mnie z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group umowy indywidualnej kontynuacji zbiorowego ubezpieczenia VIP.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
- Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

SEKCJA II*

- 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 i wysokości 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 udzieli 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
- Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group przetwarzała moje dane osobowe dotyczące stanu zdrowia, podane w niniejszej deklaracji zgody 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 S.A. na Życie 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

SEKCJA III

- 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) 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 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

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 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

_____ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Numer polisy zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP: _____

Należna za Ubezpieczonego składka wpłacana była nieprzerwanie przez okres: _____

_____ miesięcy

Pierwsza należna za Ubezpieczonego składka wpłacona została za miesiąc: _____

_____ w wysokości

_____ PLN

Ostatnia należna za Ubezpieczonego składka wpłacona została za miesiąc: _____

_____ w wysokości

_____ PLN

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

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

_____ 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 indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie VIP nie zostanie zawarta.