

pieczęć RBH/Przedstawicielstwa
 ID Pośrednika
 Rodzaj pośrednika Agent/Broker
 Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

DANE UBEZPIECZANEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia / dzień: miesiąc: rok:

PESEL:

Adres Ubezpieczonego:
 ulica: nr domu: nr mieszkania:

kod pocztowy: - miejscowość:

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia / dzień: miesiąc: rok:

PESEL: Seria i numer dowodu osobistego:

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:
 ulica: nr domu: nr mieszkania:

kod pocztowy: - miejscowość:

nr telefonu: e-mail:

wykonywany zawód:

Wiek taryfowy w dniu złożenia wniosku (wypełnia przedstawiciel „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group):

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

Gwarantowana wysokość miesięcznej raty stypendium edukacyjnego: zł

słownie:

Składka: zł słownie:

Zobowiązuję się do opłacania należnej składki:
 miesięcznie: kwartalnie: półrocznie: rocznie: jednorazowo za cały okres ubezpieczenia:

Charakter wykonywanej pracy (zaznacz właściwe):

- biurowa lub administracyjna nie wymagająca pracy fizycznej
- wymagająca przebywania poza pomieszczeniami biurowymi i/lub okresowego wykonywania pracy fizycznej
- ciągła praca fizyczna

Branża zatrudnienia (zaznacz właściwe):

- Wojsko Produkcja maszyn i środków transportu Pozostałe branże przemysłu produkcyjnego i przetwórczego
- Policja Hutnictwo i odlewnictwo Rolnictwo
- Straż pożarna Przemysł drzewny Transport kołowy
- Przemysł wydobywczy Przemysł gumowy i tworzyw sztucznych inne (jakie)
- Rybołówstwo, żegluga i transport morski Budownictwo

Czy wykonywany zawód wymaga:	TAK	NIE
pracy na wysokości powyżej 5 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w pracach wydobywczych i/lub budowlanych pod ziemią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
naprawy lub konserwacji maszyn lub urządzeń wysokiego napięcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w połowie ryb na morzu z pokładu jednostki o długości do 25 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stykania się z materiałami bądź substancjami: wybuchowym łatwopalnymi, trującymi lub żrącymi, radioaktywnymi bądź azbestem? (podkreśl właściwie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przebywania na morzu poza obszarem wód terytorialnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dysponowania bronią palną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pracy w powietrzu na pokładzie samolotu licencjonowanych linii lotniczych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przewodzenia samochodów ciężarowych bądź autobusów poza obszarami zabudowanymi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZAJĄCYM (Prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Wzrost: | | | cm Waga: | | | kg

Odpowiadając na pytania w poniższej tabeli, proszę wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce. UWAGA! W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek z pytań oznaczonych numerami od 2 do 7 należy wypełnić dodatkowo Załącznik nr 1 do Wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczenia Stypendialnego „ŻAK”

		TAK	NIE
1	Czy pali Pan / Pani papierosy?		
2	Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy korzystał/korzystała Pan / Pani z pomocy lekarza?		
3	Czy aktualnie przebywa Pan / Pani na zwolnieniu lekarskim wystawionym na dłużej niż 21 dni?		
4	Czy w ciągu ostatnich trzech lat był Pan / była Pani hospitalizowany / hospitalizowana przez okres dłuższy niż dwie doby?		
5	Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebywał Pan / przebywała Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 31 dni?		
6	Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebył Pan / przebyła / Pani operację chirurgiczną?		
7	Czy ma lub miał Pan / miała Pani orzeczoną przez ZUS:		
	A. Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji		
	B. Całkowitą niezdolność do pracy		
	C. Częściową niezdolność do pracy		
	Czy jest to niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa		
8	Czy przebył Pan / przebyła Pani zawał serca i / lub udar mózgu?		
9	Czy jest Pan / Pani nosicielem wirusa HIV?		
10	Czy wykryto u Pana / Pani choroby nowotworowe?		
11	Czy jest Pan chory / Pani chora na gruźlicę?		
12	Czy był Pan / była Pani kiedykolwiek pacjentem oddziału neurologicznego lub psychiatrycznego?		
13	Czy jest Pan chory / Pani chora na cukrzycę?		

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach Ubezpieczenia Stypendialnego „ŻAK”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/lam Ogólne Warunki Ubezpieczenia Stypendialnego „ŻAK”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 01/24/2015 z dnia 22 lipca 2015 roku, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, a także Dokument Zawierający Kluczowe Informacje obowiązujący od dnia 01.01.2018, z którymi się zapoznałem/lam, i których treść akceptuję.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2014 roku poz. 1182 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją niniejszej umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych, również w przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej wygaśnięcia oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. NIE:

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie ww. adresu e-mail do przesyłania przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie zmian warunków tej umowy oraz rozpatrywania reklamacji. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. Nr 144 poz. 1204 z późn. zm.) NIE:

Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane we wniosku informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych nieprawdziwych lub niekompletnych, uprawnia „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do odmowy wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 oraz art. 834 Kodeksu Cywilnego.

Data podpisania wniosku

podpis Ubezpieczającego

Jako przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego, wyrażam zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia na ww. warunkach.

podpis przedstawiciela ustawowego

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

„POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group
pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek