

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

Status Ubezpieczonego:

Ubezpieczony (pracownik): Ubezpieczony (małżonek pracownika): Wdowa/Wdowiec (Konkubina/Konkubent):

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZANEGO (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:

Suma ubezpieczenia: zł słownie:

Składka: zł słownie:

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

Wnioskowana data początku odpowiedzialności:

następnego dnia po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki

pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu złożenia wniosku i wpłaceniu pierwszej składki

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

a) zgodny z zawartą umową ubezpieczenia TAK:

b) ryzyka wybrane przez Ubezpieczającego spośród ryzyk obowiązujących w umowie ubezpieczenia*

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO		Zakres	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):				
1)	zgon Ubezpieczonego	50%-500%		
w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):				
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	10%-500%		
3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w lit. a, jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w lit. a, jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w lit. a, jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
6)	zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	10%-200%		
7)	zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci)	10%-100%		
8)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:			
	- za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu	1-5%		
	- za 100% uszczerbku na zdrowiu	100-500%		

* nie dotyczy umów zawartych po 01.01.2013 r.

9)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Ubezpieczonego	10%-50%		
10)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia	Pobyt w szpitalu Pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem**		
11)	narodziny dziecka Ubezpieczonemu	5%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		
12)	narodziny martwego dziecka Ubezpieczonemu	10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		
13)	zgon małżonka / konkubenta Ubezpieczonego	10%-100%		
14)	zgon małżonka/konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa powyżej, o ile ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		
15)	zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		
16)	zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa powyżej, o ile ryzyko znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		
17)	zgon rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego	5%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		
18)	zgon rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		
19)	wystąpienie poważnego zachorowania u małżonka Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon małżonka Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		
20)	wystąpienie poważnego zachorowania u dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon dziecka	10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN		

Deklaruję chęć zawarcia umowy Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group

TAK: NIE:

W przypadku wybrania odpowiedzi TAK, prosimy o wypełnienie wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group

WSKAZANIE BENEFICJENTA / ÓW (wypełnia Ubezpieczony, prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ŁĄCZNIE 100 %				

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

** dotyczy wyłączenie umów indywidualnej kontynuacji zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”, obowiązujących przed 01.02.2006 roku.

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/łam Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”, stanowiące treść grupowej umowy ubezpieczenia, o której indywidualną kontynuację wnoszę, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, a także Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem/łam i których treść akceptuję. Przyjmuję do wiadomości, iż od dnia wskazanego na polisie jako pierwszy dzień odpowiedzialności, ww. Ogólne Warunki Ubezpieczenia stanowiąc będą treść łączącej mnie z „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group umowy ubezpieczenia.

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.

Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

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, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, dokumentacji oraz informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także dokumentacji oraz informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Przyjmuję do wiadomości, iż stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzekany jest na podstawie Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zatwierdzonej przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, którą otrzymałem/łam.

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 2016 r. poz. 922 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. z 2016 r. poz.1030 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/ Ubezpieczonego

WYPEŁNIA PRACODAWCA

Data rozwiązania stosunku pracy dzień: | | | miesiąc: | | | rok: | | | | |

Powód rozwiązania stosunku pracy: _____

Numer Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”: _____

Należna za Ubezpieczonego składka wpłacana była nieprzerwanie przez okres: _____ miesięcy

Pierwsza należna za Ubezpieczonego składka wpłacona została za miesiąc: _____ w wysokości _____ złotych

Ostatnia należna za Ubezpieczonego składka wpłacona została za miesiąc: _____ w wysokości _____ złotych

Data

pieczęć imienna i podpis przedstawiciela zakładu pracy

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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