

Nr Pakietu: - - WARIANT I WARIANT II

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

PODSTAWOWE DANE UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZANEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)Imię/ Imiona: Nazwisko: Data urodzenia / dzień: miesiąc: rok: PESEL: Seria i nr dowodu osobistego:

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: nr domu: nr mieszkania: kod pocztowy: - miejscowość: nr telefonu: e-mail: Zawód wykonywany:

Suma ubezpieczenia: 100.000 zł słownie: sto tysięcy złotych

Początek odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” TU 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 składkaSkładka: zł słownie: Proszę o przesłanie na w/w adres druków opłacania składek: TAK

Składka będzie opłacana z częstotliwością wynikającą z warunków na jakich został otwarty PAKIET.

Pierwsza składka opłacona za pośrednictwem Agenta TAK **ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	WARIANT I	WARIANTII
1) zgon Ubezpieczonego	50%	100%
2) zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt.1)	50%	50%
3) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt. 1 i 2)	50%	50%
4) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	0,5% za 1% uszczerbku	0,75% za 1% uszczerbku
5) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wystąpienia w okresie ubezpieczenia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego	0,125% za 1% uszczerbku	0,25 % za 1% uszczerbku
6) zgon małżonka/konkubenta w wyniku nieszczęśliwego wypadku	12,5%	25%
7) zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	6,25%	12,5%
8) zgon rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1,25%	2,5%
9) zgon rodziców małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1,25%	2,5%
10) poważne zachorowanie Ubezpieczonego	2,5%	5%
11) pobyt Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej OIOM	0,1% za 1 dzień pobytu	0,2% za 1 dzień pobytu
12) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	0,05% za 1 dzień pobytu	0,1% za 1 dzień pobytu
13) rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2%	2%

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"/>
4.	<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.

Sposób powiązania Ubezpieczonego z Beneficjentem (np. wstępny/ zstępny, brat/ siostra, małżonek lub wspólne gospodarstwo domowe):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

OŚWIADCZENIA

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

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/am: Ogólne Warunki Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie „VIP” zatwierdzone Uchwałą nr 02/11/2015 Zarządu „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 25 marca 2015 roku, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Regulamin Uczestnictwa w „Programie Pakiet Usług Assistance” oraz Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem/łam i których treść akceptuję.

Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie ww. Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”. Wyrażam równocześnie zgodę na przekazywanie moich danych osobowych AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, w celach związanych z realizacją Programu.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorami danych osobowych są: „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A oraz AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B. 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 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 wykorzystanie 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.

podpis Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

1. Wzrost: | | | | cm Waga ciała: | | | | kg

2. Czy leczył/ leczyła się Pan/i lub rozpoznano u Pana/i którekolwiek ze schorzeń: choroba serca, choroba układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nowotwór, choroba trzustki, choroba wątroby, choroba nerek, choroba przewodu pokarmowego, niewydolność oddechowa, choroba neurologiczna, udar mózgu, paraliż, zaburzenia psychiczne, zakażenie wirusem HIV, HCV lub HBV?

TAK NIE

3. Czy rozpoznano u Pana/i chorobę inną niż wymieniona powyżej lub czy wystąpił u Pana/i uraz, które skutkowało długotrwałym leczeniem i/lub niezdolnością do pracy i/lub następstwami odległymi w czasie?

TAK NIE

4. Czy w ciągu ostatnich 2 lat był/a Pan/i niezdolny/a do pracy z powodu choroby dłużej niż 30 kolejnych dni (z wyłączeniem złamań/ skręceń kończyn, chorób kręgosłupa, ciąży)?

TAK NIE

5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/i w szpitalu celem diagnostyki lub leczenia (z wyłączeniem złamań/ skręceń kończyn, chorób kręgosłupa, ciąży)?

TAK NIE

6. Czy posiada Pan/i świadczenie rentowe lub czy orzeczono u Pana/i niezdolność do pracy?

TAK NIE

7. Czy stwierdzono u Pana/i uzależnienie od alkoholu, narkotyków, innych używek lub był/a Pan/i leczony/a z powodu zatrucia alkoholem, narkotykami lub innymi używkami (dopalacze) lub ich przedawkowania?

TAK NIE

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia 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/ Ubezpiezanego

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

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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