

BEZPIECZNY NA DRODZE

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
I OD NASTĘPSTW WYPADKÓW KOMUNIKACYJNYCH
„BEZPIECZNY NA DRODZE”

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

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia / dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____

PESEL: _____ Seria i numer dowodu osobistego: _____

lub Pełna nazwa / wpis: _____ lub pieczęć: _____

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ – _____ miejscowość: _____

nr telefonu: _____ e-mail: _____

DANE UBEZPIECZANEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami) - należy wypełnić, gdy Ubezpieczany nie jest jednocześnie Ubezpieczającym

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia / dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____

PESEL: _____ Seria i numer dowodu osobistego: _____

Adres do kontaktu z Ubezpieczanym:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ – _____ miejscowość: _____

nr telefonu: _____ e-mail: _____

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA (wypełnia Ubezpieczający)

Składam wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Wypadków Komunikacyjnych „BEZPIECZNY NA DRODZE” na okres: _____ lat polisowych

z sumą ubezpieczenia w wysokości: _____ 2 500 zł _____ 5 000 zł _____ 7 500 zł _____ 10 000 zł _____ 15 000 zł _____ 20 000 zł

Zobowiązuję się do opłacania należnej składki: _____ rocznie _____ półrocznie (możliwość wyboru dla sumy ubezpieczenia powyżej 10 000 zł)

_____ jednorazowo za cały okres ubezpieczenia

Składka: _____ zł słownie: _____

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Wysokość świadczenia
1)	zgon Ubezpieczonego	1% sumy ubezpieczenia
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1)	1000% sumy ubezpieczenia
3)	wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego - RENTA	10% sumy ubezpieczenia wysokość miesięcznej renty
4)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (za każdy orzeczonego 1% trwałego uszczerbku)	1% sumy ubezpieczenia
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego (za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni)	1% sumy ubezpieczenia
6)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” w wyniku wypadku komunikacyjnego (za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni)	1% sumy ubezpieczenia

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

DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZANYM

Czy Ubezpieczany w ramach wykonywanych obowiązków zawodowych kieruje samochodem ciężarowym o ładowności powyżej 850 kg bądź autobusem poza obszarami zabudowanymi TAK: NIE:

Czy złożenie wniosku o zawarcie umowy na rzecz Ubezpieczonego, następuje na tych samych warunkach oraz w tym samym czasie co wniosku o zawarcie umowy z małżonkiem/ partnerem Ubezpieczonego, z którym Ubezpieczany wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe:

TAK: NIE:

W przypadku wybrania odpowiedzi TAK, prosimy o podanie danych małżonka/partnera Ubezpieczonego

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

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

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

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

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach Terminowego Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Wypadków Komunikacyjnych „BEZPIECZNY NA DRODZE”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/łam Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Wypadków Komunikacyjnych „BEZPIECZNY NA DRODZE”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 7/17/2014 z dnia 13 maja 2014 roku, 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, 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.

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.

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 2016 roku 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. Ubezpieczany NIE: Ubezpieczający 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. Ubezpieczany NIE: Ubezpieczający 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. Ubezpieczany NIE: Ubezpieczający 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.). Ubezpieczony NIE: Ubezpieczający 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
(dotyczy umów, w których Ubezpieczający nie jest jednocześnie Ubezpieczanym)

podpis Ubezpieczonego

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.

data podpisania oświadczenia

podpis Ubezpieczonego

Jako pośrednik ubezpieczeniowy oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczonego 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