

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 Nieszczęśliwych Wypadków „BEZPIECZNI RAZEM”

na okres: _____ lat polisowych z sumą ubezpieczenia w wysokości: _____

słownie: _____

Zobowiązuję się do opłacania należnej składki: _____ rocznie _____ jednorazowo za cały okres ubezpieczenia

Składka: _____ zł słownie: _____

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

<input type="checkbox"/> Wariant I	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Wysokość świadczenia
1)	zgon Ubezpieczonego	1% sumy ubezpieczenia
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1)	400% sumy ubezpieczenia
3)	wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - RENTA	10% sumy ubezpieczenia wysokość miesięcznej renty
<input type="checkbox"/> Wariant II	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Wysokość świadczenia
1)	zgon Ubezpieczonego	1% sumy ubezpieczenia
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1)	500% sumy ubezpieczenia
3)	wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - RENTA	20% sumy ubezpieczenia wysokość miesięcznej renty

Deklaruję chęć zawarcia umowy Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance GroupTAK: 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 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 Ubezpieczony 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 Ubezpieczony, 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 Nieszczęśliwych Wypadków „BEZPIECZNI RAZEM”. 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 Nieszczęśliwych Wypadków „BEZPIECZNI RAZEM”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 02/23/2010 z dnia 31 maja 2010 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.

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. 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. Ubezpieczony 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.

Ubezpieczony 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. Ubezpieczony 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 _____ podpis Ubezpieczonego
 (dotyczy umów, w których Ubezpieczający nie jest jednocześnie Ubezpieczonym)

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