

BEZPIECZNE DZIECKO

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DZIECI I MŁODZIEŻY BEZPIECZNE DZIECKO

UWAGA! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA
WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Numer Pakietu: _____

DD - MM - RRRR

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

(Ubezpieczającym, w przypadku umowy na rzecz osoby niepełnoletniej jest jej przedstawiciel ustawowy, wypełnia Ubezpieczający)

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia: *DD - MM - RRRR Rodzaj dokumentu tożsamości: _____ Seria i nr: _____

PESEL: _____ Obywatelstwo: _____ Miejsce urodzenia: _____ Państwo urodzenia: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Adres zamieszkania:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

Adres do korespondencji:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

DANE UBEZPIECZANEGO - należy wypełnić, gdy Ubezpieczany nie jest jednocześnie Ubezpieczającym

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia: *DD - MM - RRRR Rodzaj dokumentu tożsamości: _____ Seria i nr: _____

PESEL: _____ Obywatelstwo: _____ Miejsce urodzenia: _____ Państwo urodzenia: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Adres zamieszkania:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

Adres do korespondencji:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

Nazwa Jednostki Organizacyjnej, której Ubezpieczany jest uczniem lub studentem (wypełnić jeżeli Ubezpieczany jest osobą pełnoletnią)

Suma ubezpieczenia: _____ PLN słownie: _____

Początek odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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 składka.

Składka: _____ PLN słownie: _____

Proszę o przesłanie na w/w adres druków opłacania składek: TAK ☐

Składka będzie opłacana z częstotliwością miesięczną. Pierwsza składka opłacona za pośrednictwem Dystrybutora ubezpieczeń TAK ☐

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	Zakres	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
1)	zgon Ubezpieczonego	100%	100%	
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia o którym mowa w pkt 1))	50%-200%		
3)	trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	0,5%-2%		
4)	poważne zachorowanie Ubezpieczonego	10%-30%		
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem oraz jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Ubezpieczony ukończył 3 rok życia, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni	0,05%-0,5%		
6)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-1%		
7)	zgon rodzica Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%-200%		

* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy)

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

Niewskazanie beneficjenta skutkuje ustalaniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego zgodnie z treścią zawartej umowy ubezpieczenia.

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie dzieci i młodzieży BEZPIECZNE DZIECKO w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie dzieci i młodzieży BEZPIECZNE DZIECKO o symbolu BRP-0418 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku Dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że dokument o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawieranej umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawierana umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w otrzymanym dokumencie o produkcie ubezpieczeniowym a treścią zawieranej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku Dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 oraz 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń, a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
- Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej. UBEZPIECZANY ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. UBEZPIECZANY ☐ TAK ☐ NIE

• Wyrażam zgodę na przysyłanie mi dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z zawartą przeze mnie umową ubezpieczenia wybierając, jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)	UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE
• Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawiania odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.	UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE
• Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)	UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE
• Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawiania odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia.	UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE

* Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawiania odpowiedniej oferty.

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego (w przypadku, gdy Ubezpieczany jest osobą niepełnoletnią podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie/osoby, którą reprezentuję, również w przeszłości, a także nie leczyłem się / nie leczę się/osoba którą reprezentuję nie leczyła się / nie leczy z powodu żadnego z poniższych schorzeń: wad serca, przewlekłych chorób serca, przewlekłych chorób płuc, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności - HIV, zółtaczki typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C. zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym.

Nie orzeczono o mnie/osoby, którą reprezentuję znacznego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, w poprzednim stanie prawnym: I grupa inwalidztwa), umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy, w poprzednim stanie prawnym: II grupa inwalidztwa) lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

Jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym.

podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego (w przypadku, gdy Ubezpieczany jest osobą niepełnoletnią podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

DD - MM - RRRR _____
 Data podpisania wniosku _____ miejscowość _____

* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.

DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO*

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. UBEZPIECZAJĄCY ☐ TAK ☐ NIE

W przypadku zaznaczenia „TAK” prosimy o wypełnienie części A i B poniżej.

CZĘŚĆ A

Źródło pochodzenia majątku oraz środków na finansowanie składki:

- ☐ wynagrodzenie,
☐ dochody z prowadzonej działalności gospodarczej,
☐ oszczędności,
☐ spadek,
☐ sprzedaż wartości majątkowych,
☐ wygrana w grach losowych,
☐ inne, jakie? _____

CZĘŚĆ B

Wymagana, gdy:

1. w części A zaznaczono „dochody z prowadzonej działalności gospodarczej”,
2. uzyskano informacje od Ubezpieczającego, że prowadzi działalność gospodarczą,
3. deklarację wypełnia przedsiębiorca.

Rodzaj prowadzonej przez Klienta działalności gospodarczej _____

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

podpis Ubezpieczającego

Jako Dystrybutor ubezpieczeń oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczającego, Ubezpieczanego lub osoby reprezentującej Ubezpieczanego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

AGENT
/BROKER
OFWCA*

ID Dystrybutora ubezpieczeń
☐ Agent ☐ Broker

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

ID osoby fizycznej wykonującej czynności
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej
wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

OFWCA*
AGENT

ID Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Dystrybutor ubezpieczeń

ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA
Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

* Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym.

*WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wice ministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnym i centralnym organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISKI WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostające we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.