

SUPER GRUPA

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA

2021

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

Numer Pakietu: _____ **D D - M M - R R R R** _____
Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO

Imię / imiona: _____
Nazwisko: _____
Data urodzenia: ***D D - M M - R R R R** 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: _____

Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest łącznie ze składką należną z tytułu Umowy Podstawowej i wynosi dla 1 osoby: _____ PLN
Częstotliwość opłacania składki z tytułu Umowy Dodatkowej wynika z Umowy Podstawowej.
Suma ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej równa jest sumie ubezpieczenia określonej w Umowie Podstawowej.
Data początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej zgodna z datą zawarcia Umowy Podstawowej.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Lp.	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	kwota
1)	Rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	2 000 PLN
2)	Leczenie poszpitalne - świadczenie apteczne	100 PLN
3)	poddanie Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej (pobyt w szpitalu minimum 3 dni):	
a)	I klasa	800 PLN
b)	II klasa	50 % świadczenia określonego w pkt a)
c)	III klasa	25 % świadczenia określonego w pkt a)
4)	przeprowadzenie u Ubezpieczonego Specjalistycznego leczenia	800 PLN
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni	50 PLN
6)	powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu za każdy orzeczoney 1% uszczerbku na zdrowiu	50 PLN

Ponadto Ubezpieczony bierze udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” zgodnie z obowiązującym w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Regulaminem Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I *

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA 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 umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1118 oraz Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, 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.
- Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.
- Oświadczam, iż w związku z udziałem w Programie „Pakiet Usług Assistance” otrzymałem informację na temat przetwarzania moich danych osobowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu. TAK NIE
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

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

_____ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

DD - MM - RRRR _____

Data podpisania wniosku

miejsowość

DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO**

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej ekspozowane 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.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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:

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

Rodzaj prowadzonej przez Klienta działalności gospodarczej _____

_____ podpis Ubezpieczającego

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

AGENT /BROKER

_____ ID Dystrybutora ubezpieczeń

_____ Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

Agent Broker

OFWCA

_____ 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

AGENT

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

_____ ID Dystrybutora ubezpieczeń

_____ Dystrybutor ubezpieczeń

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

OFWCA

_____ ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń

_____ Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń

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

(OFWCA - Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym)

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

***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, wiceministrów, 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 naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa w lit. a-g, i, j, określa Rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 27 lipca 2021 r. w sprawie wykazu krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami publicznymi.

PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISCY 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 pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.