

**SUPER GWARANCJA**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA**

2021

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

POLISA NR: \_\_\_\_\_\*

Nr wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej: D/ DD - MM - RRRR / \_\_\_\_\_  
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)

DD - MM - RRRR

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO**

Pełna nazwa / wpis: \_\_\_\_\_ lub Pieczęć: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji:

ulica: \_\_\_\_\_ nr domu: \_\_\_\_\_ nr mieszkania: \_\_\_\_\_

kod pocztowy: \_\_\_\_\_ miejscowość: \_\_\_\_\_

nr telefonu: \_\_\_\_\_ REGON: \_\_\_\_\_ nr PKD: \_\_\_\_\_

liczba osób przystępujących do umowy ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

Liczba osób przystępujących do Umowy Dodatkowej równa jest liczbie Ubezpieczonych w ramach Umowy Podstawowej.

**OSOBA REPREZENTUJĄCA UBEZPIECZAJĄCEGO** (osoba upoważniona przez Ubezpieczającego do sporządzania i podpisywania dokumentów związanych z obsługą umowy ubezpieczenia oraz do składania oświadczeń zgodnie z udzielonym pełnomocnictwem)

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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 i wynosi: \_\_\_\_\_ PLN

Wnioskowana data początku odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu Umowy

Dodatkowej: dzień: 01 miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO (ryzyka do wyboru)	Zakres	wstawić X w przypadku wyboru ryzyka lub określić % świadczenia z wskazanego zakresu	kwota
1) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	100%	<input type="checkbox"/>	
2) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci) - RENTA	1.000 PLN	<input type="checkbox"/>	1.500 PLN <input type="checkbox"/>
3) zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**	5%-50% nie więcej niż 5.000 PLN		
4) zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**	5%-50% nie więcej niż 5.000 PLN		
5) wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100%	<input type="checkbox"/>	
6) wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, jeżeli orzeczenie o niezdolności oraz zdiagnozowanie schorzenia będącego jego przyczyną nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej	50%	<input type="checkbox"/>	
7) wystąpienie u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%	<input type="checkbox"/>	
8) wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%	<input type="checkbox"/>	
9) wystąpienie u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%	<input type="checkbox"/>	
10) wystąpienie u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%	<input type="checkbox"/>	

\* Dotyczy rozszerzenia ochrony w trakcie trwania Umowy Podstawowej.

\*\* W przypadku wyboru niniejszego ryzyka określić świadczenie w % sumy ubezpieczenia.

11)	wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - RENTA	1.000 PLN <input type="checkbox"/>	1.500 PLN <input type="checkbox"/>	2.000 PLN <input type="checkbox"/>
12)	wystąpienie u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - RENTA	1.000 PLN <input type="checkbox"/>	1.500 PLN <input type="checkbox"/>	
13)	wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - RENTA	1.000 PLN <input type="checkbox"/>	1.500 PLN <input type="checkbox"/>	
14)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni**	0,1% – 1% nie więcej niż 250 PLN za każdy dzień		
15)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni**	0,1%-1% nie więcej niż 500 PLN za każdy dzień		
16)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni**	0,1%-1% nie więcej niż 200 PLN za każdy dzień		
17)	pobyt Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
18)	pobyt Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni**	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
19)	pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia oraz pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
20)	pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko nie ukończyło 18 roku życia**	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
21)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	1%	<input type="checkbox"/>	
22)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	1%	<input type="checkbox"/>	
23)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko nie ukończyło 18 roku życia za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	1%	<input type="checkbox"/>	
24)	narodziny Ubezpieczonemu wcześniaka	20%	<input type="checkbox"/>	
25)	wystąpienie poronienia u Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubiny Ubezpieczonego	20%	<input type="checkbox"/>	
26)	poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej:**			
a)	I klasy:	5%-50% nie więcej niż 6.000 PLN		
b)	II klasy:	50% świadczenia określonego w ppkt a)		
c)	III klasy:	25% świadczenia określonego w ppkt a)		
27)	poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej (hospitalizacja minimum 3 dni):**			
a)	I klasy:	5%-50% nie więcej niż 6.000 PLN		
b)	II klasy:	50% świadczenia określonego w ppkt a)		
c)	III klasy:	25% świadczenia określonego w ppkt a)		
28)	rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>	2.000 PLN
29)	rehabilitacja Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek		<input type="checkbox"/>	500 PLN
30)	rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>	2.000 PLN
31)	rekonwalescencja poszpitalna Ubezpieczonego za każdy dzień niezdolności do pracy**	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
32)	czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy za każdy dzień niezdolności do pracy trwającej 4 lub więcej dni**	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
33)	wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego	50 PLN - 250 PLN (świadczenie ustalane jako wielokrotność 50 PLN)		
34)	wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50 PLN - 100 PLN (świadczenie ustalane jako wielokrotność 10 PLN)		
35)	przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia**	10%-50% nie więcej niż 15.000 PLN		
36)	leczenie szpitalne - świadczenie apteczne	100 PLN <input type="checkbox"/>	200 PLN <input type="checkbox"/>	300 PLN <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	400 PLN <input type="checkbox"/>	500 PLN <input type="checkbox"/>
37)	rozszerzenie definicji poważnego zachorowania:			
a)	Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I <input type="checkbox"/>	Pakiet II <input type="checkbox"/>
b)	Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I <input type="checkbox"/>	Pakiet II <input type="checkbox"/>
c)	Dziecka Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I <input type="checkbox"/>	Pakiet II <input type="checkbox"/>

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

\*\* W przypadku wyboru niniejszego ryzyka określić świadczone w % sumy ubezpieczenia.

\*\*\*Dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia, w których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

## OŚWIADCZENIA UBEZPIEZAJĄCEGO

- 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 ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0318, Regulamin uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”\*\* inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, w tym specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ), w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, 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.
- Zobowiązuje się do przekazania na piśmie powyższych dokumentów kształtujących treść umowy ubezpieczenia osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową przed wyrażeniem przez nie zgody na ubezpieczenie.

## OŚWIADCZENIA MARKETINGOWE

- 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, płci, dacie urodzenia, informacje 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 przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.  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)  TAK  NIE  
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, 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 jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, 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 przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE

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

DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_

Data podpisania wniosku

miejsowość

pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego/osoby reprezentującej Ubezpieczającego

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

AGENT  
/BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń  
 Agent  Broker

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

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

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

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Dystrybutor ubezpieczeń

OFWCA\*

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.

\* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” Umowa Dodatkowa nie zostanie zawarta.

\*\* Dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia, których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.