

**SUPER GRUPA**

**WNIOSEK O INDYWIDUALNĄ KONTYNUACJĘ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA**

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

         -          -                          
Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

\_\_\_\_\_  
Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO**

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \*         -          -                         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: \_\_\_\_\_

**Suma ubezpieczenia równa jest sumie ubezpieczenia obowiązującej z tytułu umowy ubezpieczenia Super Grupa, do której niniejszy wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji jest składany i wynosi:**

Suma ubezpieczenia: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

Składka: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

Składka będzie opłacana (zaznacz właściwe):    miesięcznie:     kwartalnie:     półrocznie:     rocznie:

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
1)	zgon Ubezpieczonego	50%	
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	100%	
3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	100%	
4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	100%	
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) i 2))	100%	

Data początku odpowiedzialności od następnego dnia po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej.

Proszę o przesłanie na w/w adres druków opłacania składek    **TAK**     **NIE**

**WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony)**

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

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

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

## 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 indywidualnej kontynuacji zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy indywidualnej kontynuacji zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1218, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- 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 z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej.  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 udzielili 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.  TAK  NIE

SEKCJA II

- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi środkami komunikacji elektronicznej informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie moich danych osobowych podanych przeze mnie lub pozyskanych w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia, we własnych celach marketingowych:  
 po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE  
 w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń 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 podane przeze mnie lub pozyskane w trakcie wykonywania Umowy Ubezpieczenia, w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, w celu ich przetwarzania oraz podejmowania wobec mnie decyzji opartych o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie w celach marketingowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group.  TAK  NIE

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

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

DD - MM - RRRR \_\_\_\_\_  
 Data podpisania wniosku miejscowość

Numer polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA: \_\_\_\_\_  
 Należna za Ubezpiezonego składka wpłacana była nieprzerwanie przez okres: \_\_\_\_\_ miesięcy  
 Pierwsza należna za Ubezpiezonego składka wpłacona została za miesiąc: \_\_\_\_\_ w wysokości \_\_\_\_\_ PLN  
 Ostatnia należna za Ubezpiezonego składka wpłacona została za miesiąc: \_\_\_\_\_ w wysokości \_\_\_\_\_ PLN

\* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pol „TAK”, „NIE” w danej sekcji, umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA 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/ Ubezpieczonego 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

OFWCA

\_\_\_\_\_ 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.

(OFWCA - 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, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- 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,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub rządów banków centralnych,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, 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 oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

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 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 pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.