

ŻAK

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA STYPENDIALNEGO ŻAK

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 UBEZPIECZANEGO

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia / dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____ PESEL: _____

Adres Ubezpieczonego: _____

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ - _____ miejscowość: _____

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

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: _____

wykonywany zawód: _____

Wiek taryfowy w dniu złożenia wniosku (wypełnia przedstawiciel Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group): _____

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

Gwarantowana wysokość miesięcznej raty stypendium edukacyjnego: _____ PLN

słownie: _____

Składka: _____ PLN słownie: _____

Zobowiązuje się do opłacania należnej składki:

miesięcznie: kwartalnie: półrocznie: rocznie: jednorazowo za cały okres ubezpieczenia:

Charakter wykonywanej pracy Ubezpieczającego:

- biurowa lub administracyjna nie wymagająca pracy fizycznej
 wymagająca przebywania poza pomieszczeniami biurowymi i/lub okresowego wykonywania pracy fizycznej
 ciągła praca fizyczna

Branża zatrudnienia:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wojsko | <input type="checkbox"/> Produkcja maszyn i środków transportu | <input type="checkbox"/> Pozostałe branże przemysłu produkcyjnego i przetwórczego |
| <input type="checkbox"/> Policja | <input type="checkbox"/> Hutnictwo i odlewnictwo | <input type="checkbox"/> Rolnictwo |
| <input type="checkbox"/> Straż pożarna | <input type="checkbox"/> Przemysł drzewny | <input type="checkbox"/> Transport kołowy |
| <input type="checkbox"/> Przemysł wydobywczy | <input type="checkbox"/> Przemysł gumowy i tworzyw sztucznych | <input type="checkbox"/> inne (jakie) |
| <input type="checkbox"/> Rybołówstwo, żegluga i transport morski | <input type="checkbox"/> Budownictwo | |

Czy wykonywany zawód wymaga:	TAK	NIE
pracy na wysokości powyżej 5 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w pracach wydobywczych i/lub budowlanych pod ziemią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
naprawy lub konserwacji maszyn lub urządzeń wysokiego napięcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w połowie ryb na morzu z pokładu jednostki o długości do 25 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stykania się z materiałami bądź substancjami: wybuchowym łatwopalnymi, trującymi lub żrącymi, radioaktywnymi bądź azbestem? (podkreśl właściwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przebywania na morzu poza obszarem wód terytorialnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dysponowania bronią palną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pracy w powietrzu na pokładzie samolotu licencjonowanych linii lotniczych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenia samochodów ciężarowych bądź autobusów poza obszarami zabudowanymi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZAJĄCYM

Wzrost: _____ cm Waga ciała: _____ kg
 Odpowiadając na pytania w poniższej tabeli, proszę wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce. UWAGA! W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek z pytań oznaczonych numerami od 2 do 7 należy wypełnić dodatkowo Załącznik nr 1 do Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia stypendialnego ŻAK.

		TAK	NIE
1	Czy pali Pan/Pani papierosy?		
2	Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy korzystał Pan/korzystała Pani z pomocy lekarza?		
3	Czy aktualnie przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim wystawionym na dłużej niż 21 dni?		
4	Czy w ciągu ostatnich trzech lat był Pan hospitalizowany/była Pani hospitalizowana przez okres dłuższy niż dwie doby?		
5	Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebywał Pan/przebywała Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 31 dni?		
6	Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebył Pan/przebyła Pani operację chirurgiczną?		
7	Czy ma lub miał Pan/ma lub miała Pani orzeczoną przez ZUS: A. Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji B. Całkowitą niezdolność do pracy C. Częściową niezdolność do pracy Czy jest to niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa		
8	Czy przebył Pan/przebyła Pani zawał serca i /lub udar mózgu?		
9	Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV?		
10	Czy wykryto u Pana/Pani choroby nowotworowe?		
11	Czy jest Pan chory/Pani chora na gruźlicę?		
12	Czy był Pan/była Pani kiedykolwiek pacjentem oddziału neurologicznego lub psychiatrycznego?		
13	Czy jest Pan chory/Pani chora na cukrzycę?		

OŚWIADCZENIA

SEKCJA I *

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. UBEZPIECZONY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia stypendialnego ŻAK. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki ubezpieczenia stypendialnego ŻAK o symbolu BRP-1718, dokument zawierający kluczowe informacje (KID) oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku Dystrybutor ubezpieczeń 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 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. UBEZPIECZAJĄCY 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. UBEZPIECZAJĄCY 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. 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 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. UBEZPIECZONY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
 W trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. UBEZPIECZONY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY 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) UBEZPIECZONY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
 Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) UBEZPIECZONY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY 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. UBEZPIECZONY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE

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

_____ podpis przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego

_____ podpis Ubezpieczającego

Jako przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego, wyrażam zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia na ww. warunkach.

_____ podpis przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego

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:

- 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 _____

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 Ubezpieczonego/ osoby reprezentującej Ubezpieczonego i Ubezpieczającego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

AGENT
OFWCA /
BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń _____

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń _____

Agent Broker

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 _____

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. _____

(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:

- szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- 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,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- 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 BLISCY WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- 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,
- 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:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.