

**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** \_\_\_\_\_ Dokument stwierdzający tożsamość: \_\_\_\_\_ Seria, numer, oznaczenie: \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_ Dokument stwierdzający tożsamość: \_\_\_\_\_ Seria, numer, oznaczenie: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Proponowana data początku odpowiedzialności: **DD - MM - RRRR**

**Dzień początku odpowiedzialności potwierdza polisa ubezpieczeniowa.**

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 ustaleniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego zgodnie z treścią zawartej umowy ubezpieczenia.

**OŚWIADCZENIA**

SEKCJA I \*

- 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 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 zawieranej umowy ubezpieczenia i wysokością 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 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. UBEZPIECZANY  TAK  NI

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. 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: UBEZPIECZAJĄCY  TAK  NIE  
po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. 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: UBEZPIECZAJĄCY  TAK  NIE  
wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) UBEZPIECZAJĄCY  TAK  NIE  
połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) 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. UBEZPIECZAJĄCY  TAK  NIE

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

\_\_\_\_\_  
podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego (w przypadku, gdy Ubezpieczony 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 i nie leczę się/osoba którą reprezentuję nie leczyła się i 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, żółtaczką typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym.  
Nie orzeczono u 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/Ubezpieczonego (w przypadku, gdy Ubezpieczony 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 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.

### 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 oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczającego / Ubezpiezanego lub osoby reprezentującej Ubezpiezanego oraz poprawność danych na podstawie okazanych mi dokumentów tożsamości / w inny dopuszczony przepisami prawa polskiego sposób, w tym na podstawie aplikacji mObywatel. Potwierdzam, że podpisy zostały złożone przez powyżej wskazane osoby, których ten wniosek dotyczy.

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.

(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:

- szeferów 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 trybunów 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 ekspozowanymi 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 ekspozowanymi stanowiskami publicznymi.

**PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISKI 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 ekspozowane 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 ekspozowane stanowisko polityczne.

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

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