

SILVER SENIOR

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SILVER SENIOR

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 _____ 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: _____

Suma ubezpieczenia: **10.000** PLN słownie: **dziesięć tysięcy złotych**

Wariant Ubezpieczenia (prosimy zaznaczyć wybrany wariant)

dla osób w wieku 18 - 74 lata (nieukończone 75)	<input type="checkbox"/> WARIANT A	Składka: 69 PLN	słownie: sześćdziesiąt dziewięć złotych
	<input type="checkbox"/> WARIANT B	Składka: 89 PLN	słownie: osiemdziesiąt dziewięć złotych
dla osób w wieku 75 - 77 lat (nieukończone 78)	<input type="checkbox"/> WARIANT A	Składka: 87 PLN	słownie: osiemdziesiąt siedem złotych
	<input type="checkbox"/> WARIANT B	Składka: 117 PLN	słownie: sto siedemnaście złotych
dla osób w wieku 78 - 80 lat (nieukończone 81)	<input type="checkbox"/> WARIANT A	Składka: 109 PLN	słownie: sto dziewięć złotych
	<input type="checkbox"/> WARIANT B	Składka: 148 PLN	słownie: sto czterdzieści osiem złotych
dla osób w wieku 81 - 83 lata (nieukończone 84)	<input type="checkbox"/> WARIANT A	Składka: 138 PLN	słownie: sto trzydzieści osiem złotych
	<input type="checkbox"/> WARIANT B	Składka: 189 PLN	słownie: sto osiemdziesiąt dziewięć złotych

Proponowana data początku odpowiedzialności: D D - M M - R R R R

Dzień początku odpowiedzialności potwierdza polisa ubezpieczeniowa.

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

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

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Lp.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Wariant A	Wariant B
		Kwota świadczenia (w PLN)	
1.	Zgon Ubezpieczonego (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej)	7 000 (70% s.u)	10 000 (100% s.u)
2.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku NW	9 000 (90% s.u)	10 000 (100% s.u)
3.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego	9 000 (90% s.u)	10 000 (100% s.u)
4.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego	9 000 (90% s.u)	10 000 (100% s.u)
5.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego	9 000 (90% s.u)	10 000 (100% s.u)
6.	Zgon małżonka/konkubenta Ubezpieczonego w wyniku NW	5 000 (50% s.u)	5 000 (50% s.u)
7.	Zgon rodziców Ubezpieczonego	500 (5% s.u)	500 (5% s.u)
8.	Zgon rodziców małżonka/konkubenta Ubezpieczonego	500 (5% s.u)	500 (5% s.u)
9.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW (za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu)	35 (0,35% s.u)	50 (0,50% s.u)
10.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW (za każdy dzień pobytu, trwającego 4 lub więcej dni)	35 (0,35% s.u)	50 (0,50% s.u)
11.	Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku NW (świadczenie płatne na podstawie tabeli operacji chirurgicznych)	500 (5% s.u)	500 (5% s.u)
12.	Pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania świadczeń assistance	TAK	TAK

WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony)

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 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 zbiorowego ubezpieczenia na życie SILVER SENIOR 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 ubezpieczenia na życie SILVER SENIOR o symbolu BRP-0223 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. 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 udzieli 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.

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, jakiego? _____

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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 _____

ZWOLNIENIE Z OCENY RYZYKA

Jeśli byłeś/byłaś objęty ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo przez okres minimum 36 miesięcy w ramach umowy: Super Grupa, Grupa +, Senior, VIP PLUS, VIP, Multigrupa, Między Nami, Między Nami Gold, możesz być zwolniony z oceny ryzyka.

W tym celu prosimy o podanie:

numeru polisy: _____

nazwy produktu _____

DD - MM - RRRR _____

Data podpisania wniosku

miejsce

_____ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

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

OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA

Pytania			Odpowiedzi szczegółowe
1. Wzrost, waga, zmiana wagi w ostatnim roku. Czy zmiana była skutkiem diety odchudzającej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	_____ cm _____ kg kg _____ (+) _____ (-)
W przypadku odpowiedzi TAK na pytanie 2 – 3 Oświadczenia o stanie zdrowia, należy wypełnić Ankiety medyczną.			
2. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się lub otrzymał/a Pan/Pani rentę chorobową (inwalidzką, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny lub stopień niepełnosprawności)? Pytania szczegółowe: Na jaki okres? Z jakiego powodu? Grupa, stopień niezdolności do pracy lub stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
3. Czy przez ostatnie 5 lat leczył się Pan/Pani lub rozpoznano u Pana /Pani chorobę serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, padaczkę, niedowład, choroby płuc, choroby nerek, choroby psychiczne, cukrzycę, choroby wątroby, choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane, choroby zakaźne (w szczególności: boreliozę, WZW typu B, typu C, HIV) guz lub nowotwór, chorobę alkoholową, chorobę jelit. Czy chorował (a) Pan/Pani, choruje, prowadzono u Pana/Pani diagnostykę, jak również zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu w związku z ww. chorobami?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

ANKIETA MEDYCZNA

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA, ZAWODZIE I HOBBY UBEZPIECZONEGO

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. W przypadku odpowiedzi „TAK” na którekolwiek z nich, prosimy o podanie bliższych szczegółów w polu „odpowiedzi szczegółowe”, z podaniem numeru pytania, którego dotyczą.

Pytania			Odpowiedzi szczegółowe
1. Czy w ciągu ostatniego roku przed dniem podpisania niniejszej Ankiety medycznej otrzymał/a Pan/ Pani zwolnienie lekarskie na okres dłuższy niż 30 kolejnych dni? (nie dotyczy skręcenia, zwichnięcia oraz złamania kończyn dolnych lub górnych, usunięcia migdałków, wyrostka robaczkowego, zwolnienia na osoby trzecie np.: małżonek, dziecko, w przypadku kobiet nie dotyczy ciąży lub porodu) Pytania szczegółowe: Kiedy na jaki okres? Z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
2. Czy obecnie przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub innej podobnej placówce?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
3. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku zalecono Panu/Pani wykonanie badań diagnostycznych lub konsultacji lekarskich w związku z nieprawidłowymi wynikami badań medycznych, wykrytymi nieprawidłowościami zdrowotnymi lub odczuwanymi przez Pana/ Panią dolegliwościami (ból głowy, dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, ból brzucha, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, choroby układu kostno-stawowego, dyskopatia)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
4. Czy pali Pan/Pani lub rzucił palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Pytania szczegółowe: Rodzaj tytoniu? Od kiedy? Ile papierosów/dzień?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
5. Czy teraz lub w przeszłości przyjmował/a Pan/Pani narkotyki, środki odurzające lub inne substancje psychoaktywne, nadużywał/a Pan/Pani alkoholu? Pytania szczegółowe: Jakże? Jak długo? Kiedy ostatnio?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

Proszę podać informacje o placówkach medycznych, w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub lekarz rodzinny Ubezpieczającego. Nazwa, adres, numer telefonu: .

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że podane przeze mnie dane, w tym dane dotyczące stanu zdrowia są kompletne i zgodne z prawdą; 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.

DD - MM - RRRR _____
Data podpisania wniosku miejscowość podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczającego / Ubezpieczonego 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

_____ 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

_____ 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 zarządów 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 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.