

SUPER GWARANCJA

WNIOSEK O INDYWIDUALNĄ KONTYNUACJĘ UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA

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

 D D - M M - R R R R

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

STATUS UBEZPIECZANEGO (zaznacz właściwe):

Ubezpieczony (pracownik): Ubezpieczony (małżonek pracownika): Wdowa/Wdowiec (Konkubina/Konkubent):

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: _____ PLN słownie: _____

Składka: _____ PLN słownie: _____

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

Wnioskowana data początku odpowiedzialności:

następnego dnia po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki

pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu złożenia wniosku i wpłaceniu pierwszej składki

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

a) zgodny z zawartą umową ubezpieczenia TAK:

b) ryzyka wybrane przez Ubezpieczającego spośród ryzyk obowiązujących w umowie ubezpieczenia**

	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	Zakres	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
	w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):			
1)	zgon Ubezpieczonego	50%-500%		
	w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):			
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	10%-500%		
3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt 2), jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		

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

** Nie dotyczy umów zawartych po 01.01.2013 r.

4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt 2), jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt 2), jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
6)	zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	10%-200%		
7)	zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci)	10%-100%		
8)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:			
	- za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu	1%-5%		
	- za 100% uszczerbku na zdrowiu	100%-500%		
9)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Ubezpieczonego	10%-50%		
10)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia	pobyt w szpitalu		
		pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem*		
11)	narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu (dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecka własnego)	5%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
12)	narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu (dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecka własnego)	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
13)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	10%-100%		
14)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w pkt 13), o ile ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
15)	zgon Dziecka Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
16)	zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w pkt 15), o ile ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
17)	zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Ubezpieczonego	5%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
18)	zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Małżonka lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w zależności od treści umowy grupowej	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
19)	wystąpienie poważnego zachorowania u Małżonka lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, w zależności od treści umowy grupowej, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
20)	wystąpienie poważnego zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Dziecka	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		

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.

* Dotyczy wyłączenie umów indywidualnej kontynuacji zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”, obowiązujących przed 01.02.2006 roku.

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 grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA, stanowiące treść grupowej umowy ubezpieczenia, o której indywidualną kontynuację wnoszę, skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, a także zasady rozpatrywania reklamacji w Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję. Przyjmuję do wiadomości, iż od dnia wskazanego na polisie, jako pierwszy dzień odpowiedzialności, ww. ogólne warunki ubezpieczenia stanowią będą treść łączącej mnie z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA.
- 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 o ceną 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

 D D - M M - R R R R _____

Data podpisania wniosku

miejsceowość

WYPEŁNIA PRACODAWCA

Numer umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA: _____

Należna za Ubezpieczonego składka wpłacana była nieprzerwanie przez okres: _____ miesięcy

Pierwsza należna za Ubezpieczonego składka wpłacona została za miesiąc: _____ w wysokości _____ PLN

Ostatnia należna za Ubezpieczonego składka wpłacona została za miesiąc: _____ w wysokości _____ PLN

Data rozwiązania stosunku pracy: _____ dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____

Powód rozwiązania stosunku pracy: _____

pieczęć i podpis przedstawiciela zakładu pracy

* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, umowa indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA 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 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

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.

Dystrybutor ubezpieczeń

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

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.

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.