

SUPER GWARANCJA

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ DO 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”

POLISA NR: _____*

Nr wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej: D/ DD - MM - RRRR / _____
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)

DD - MM - RRRR
Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Pełna nazwa / wpis: _____ lub Pieczęć:

Adres do korespondencji:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

nr telefonu: _____ REGON: _____ nr PKD: _____

liczba osób przystępujących do umowy ubezpieczenia: _____

Liczba osób przystępujących do Umowy Dodatkowej równa jest liczbie Ubezpieczonych w ramach Umowy Podstawowej.

OSOBA REPREZENTUJĄCA UBEZPIECZAJĄCEGO (osoba upoważniona przez Ubezpieczającego do sporządzania i podpisywania dokumentów związanych z obsługą umowy ubezpieczenia oraz do składania oświadczeń zgodnie z udzielonym pełnomocnictwem)

Imię: _____ Nazwisko: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest łącznie ze składką należną z tytułu Umowy Podstawowej i wynosi dla 1 osoby: _____ PLN

Częstotliwość opłacania składki z tytułu Umowy Dodatkowej wynika z Umowy Podstawowej.

Suma ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej równa jest sumie ubezpieczenia określonej w Umowie Podstawowej i wynosi: _____ PLN

Wnioskowana data początku odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu Umowy Dodatkowej: dzień: 01 miesiąc: _____ rok: _____

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO (ryzyka do wyboru)	Zakres	wstawić X w przypadku wyboru ryzyka lub określić % świadczenia z wskazanego zakresu	kwota
1) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	100%	<input type="checkbox"/>	
2) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci) - RENTA	1.000 PLN <input type="checkbox"/> 1.500 PLN <input type="checkbox"/>		
3) zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego **	10%-50% nie więcej niż 200% świadczenia z tytułu zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego		
4) zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**	5%-50% nie więcej niż 5.000 PLN		
5) zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**	5%-50% nie więcej niż 5.000 PLN		
6) wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100%	<input type="checkbox"/>	
7) wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, jeżeli orzeczenie o niezdolności oraz zdiagnozowanie schorzenia będącego jego przyczyną nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej	50%	<input type="checkbox"/>	
8) wystąpienie u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%	<input type="checkbox"/>	
9) wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%	<input type="checkbox"/>	
10) wystąpienie u Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%	<input type="checkbox"/>	

* Dotyczy rozszerzenia ochrony w trakcie trwania Umowy Podstawowej.

** W przypadku wyboru niniejszego ryzyka określić świadczone w % sumy ubezpieczenia.

11)	wystąpienie u Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%	<input type="checkbox"/>	
12)	wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - RENTA	1.000 PLN <input type="checkbox"/>	1.500 PLN <input type="checkbox"/>	2.000 PLN <input type="checkbox"/>
13)	wystąpienie u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - RENTA	1.000 PLN <input type="checkbox"/>	1.500 PLN <input type="checkbox"/>	
14)	wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - RENTA	1.000 PLN <input type="checkbox"/>	1.500 PLN <input type="checkbox"/>	
15)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni**	0,1% – 1% nie więcej niż 250 PLN za każdy dzień		
16)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni**	0,1%-1% nie więcej niż 500 PLN za każdy dzień		
17)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni**	0,1%-1%		
18)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni**	0,1%-1%		
19)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni**	0,1%-1%		
20)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni**	0,1%-1%		
21)	pobyt na OIOM Ubezpieczonego za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni (ryzyko może zostać wybrane jeżeli do zakresu ochrony nie zostało wybrane ryzyko z pkt 22)**	0,1%-1% nie więcej niż 200 PLN za każdy dzień		
22)	pobyt na OIOM Ubezpieczonego, świadczenie jednorazowe, jeżeli pobyt na OIOM trwał 1 lub więcej dni (ryzyko może zostać wybrane jeżeli do zakresu ochrony nie zostało wybrane ryzyko z pkt 21)**	0,1%-10%		
23)	pobyt Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
24)	pobyt Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni**	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
25)	pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia oraz pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
26)	pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko nie ukończyło 18 roku życia**	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
27)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	1%	<input type="checkbox"/>	
28)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	1%	<input type="checkbox"/>	
29)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko nie ukończyło 18 roku życia za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	1%	<input type="checkbox"/>	
30)	narodziny Ubezpieczonemu wcześniaka	20%	<input type="checkbox"/>	
31)	narodziny Ubezpieczonemu dziecku w wyniku ciąży mnogiej**	0,1%-8% nie więcej niż 100% świadczenia z tytułu ryzyka dotyczącego narodzin Ubezpieczonemu dziecku		
32)	narodziny Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną**	0,1%-8% nie więcej niż 100% świadczenia z tytułu ryzyka dotyczącego narodzin Ubezpieczonemu dziecku		
33)	wystąpienie poronienia u Ubezpieczonego lub Małżonki/Konkubiny Ubezpieczonego	20%	<input type="checkbox"/>	
34)	poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej:**			
a)	I klasy:	5%-50% nie więcej niż 6.000 PLN		
b)	II klasy:	50% świadczenia określonego w ppkt a)		
c)	III klasy:	25% świadczenia określonego w ppkt a)		
35)	poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej (hospitalizacja minimum 3 dni):**			
a)	I klasy:	5%-50% nie więcej niż 6.000 PLN		
b)	II klasy:	50% świadczenia określonego w ppkt a)		
c)	III klasy:	25% świadczenia określonego w ppkt a)		
36)	rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>	2.000 PLN
37)	rehabilitacja Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek		<input type="checkbox"/>	500 PLN
38)	rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>	2.000 PLN
39)	rekonwalescencja szpitalna Ubezpieczonego za każdy dzień niezdolności do pracy**	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
40)	czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy za każdy dzień niezdolności do pracy trwającej 4 lub więcej dni**	0,1%-0,5% nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień		
41)	wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego	50 PLN - 250 PLN (świadczenie ustalone jako wielokrotność 50 PLN)		
42)	wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50 PLN - 100 PLN (świadczenie ustalone jako wielokrotność 10 PLN)		

43)	leczenie choroby nowotworowej Ubezpieczonego**	0,1%-200% nie więcej niż 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego		
44)	przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia**	10%-50% nie więcej niż 15.000 PLN		
45)	leczenie szpitalne - świadczenie apteczne	100 PLN <input type="checkbox"/> 200 PLN <input type="checkbox"/> 300 PLN <input type="checkbox"/> 400 PLN <input type="checkbox"/> 500 PLN <input type="checkbox"/>		
46)	rozszerzenie definicji poważnego zachorowania:			
a)	Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I <input type="checkbox"/>	Pakiet II <input type="checkbox"/>
b)	Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I <input type="checkbox"/>	Pakiet II <input type="checkbox"/>
c)	Dziecka Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I <input type="checkbox"/>	Pakiet II <input type="checkbox"/>

Ponadto Ubezpieczeni biorą udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” zgodnie z obowiązującym w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Regulaminem Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.

** W przypadku wyboru niniejszego ryzyka określić świadczone w % sumy ubezpieczenia.

***Dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia, w których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

OŚWIADCZENIA UBEZPIEZAJĄCEGO

- 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 ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0522, Regulamin uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, w tym specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ), w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, 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.
- Zobowiązuję się do przekazania na piśmie powyższych dokumentów kształtujących treść umowy ubezpieczenia osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową przed wyrażeniem przez nie zgody na ubezpieczenie.

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

pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego/osoby reprezentującej Ubezpieczającego

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

miejscowość

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczającego / osoby reprezentującej Ubezpieczającego 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 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)

* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” Umowa Dodatkowa nie zostanie zawarta.

** Dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia, których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.