

**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”

DD - MM - RRRR

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: \*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: \_\_\_\_\_

wykonywany zawód: \_\_\_\_\_

Wiek taryfowy w dniu złożenia wniosku (wypełnia przedstawiciel Vienna Life 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 Ubezpieczonego:**

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

**Branża zatrudnienia:**

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

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 Vienna Life 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 Vienna Life 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 Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. UBEZPIECZAJĄCY  TAK  NIE

SEKCJA II

- Wyrażam zgodę na przysyłanie 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 Vienna Life 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.  TAK  NIE  
w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa) oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) 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 Vienna Life 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 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\*

1. Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Oświadczam, że jestem osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i zobowiązuję się jego aktualizacji w przypadku zmiany okoliczności w nim wskazanych.**

Należy wypełnić w przypadku odpowiedzi TAK na jedno z pytań dotyczących osób zajmujących eksponowane stanowiska polityczne:  
Oświadczam, że źródło pochodzenia mojego majątku jest następujące:

działalność gospodarcza,  
 umowa o pracę,  
 umowa zlecenia/ o dzieło,  
 emerytura,  
 inne, jakie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczającego / Ubezpieczonego lub osoby reprezentującej 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 OFWCA /BROKER	ID Dystrybutora ubezpieczeń <input type="checkbox"/> Agent <input type="checkbox"/> 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	
	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 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.