

OPEN SCHOLAR

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DZIECI I MŁODZIEŻY OPEN SCHOLAR

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, do której Ubezpieczany uczęszcza lub której jest uczniem/studentem

Suma ubezpieczenia: _____ PLN słownie: _____

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

Dzień początku odpowiedzialności potwierdza polisa ubezpieczeniowa.

Składka: _____ PLN słownie: _____

Składka będzie opłacana z częstotliwością roczną. Pierwsza składka opłacona za pośrednictwem Dystrybutora ubezpieczeń TAK

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

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:

	w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):	zakres (wstawić X w przypadku wyboru ryzyka)	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
1)	zgon Ubezpieczonego	10%-100%		
	w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):			
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	50%-200% <input type="checkbox"/>		
3)	trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku*	0,5%-2% <input type="checkbox"/>		
4)	poważne zachorowanie Ubezpieczonego:			
	Pakiet I	10%-30% <input type="checkbox"/>		
	Pakiet II	10%-30% <input type="checkbox"/>		
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt w szpitalu nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-0,5% <input type="checkbox"/>		
6)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-1% <input type="checkbox"/>		
7)	rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>		500 PLN
8)	zgon rodzica Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	10%-250% <input type="checkbox"/>		
9)	wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego (świadczenie należy określić jako wielokrotność 50 PLN)	50-250 PLN <input type="checkbox"/>		
10)	wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie należy określić jako wielokrotność 10 PLN)	50-100 PLN <input type="checkbox"/>		
11)	zatrucie Ubezpieczonego gazami skutkujące pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień:			
	z utratą przytomności	10%-25% <input type="checkbox"/>		
	bez utraty przytomności	50% (świadczenia określonego dla zatrucia z utratą przytomności)		
12)	porażenie Ubezpieczonego prądem skutkujące pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień:			
	z utratą przytomności	10%-25% <input type="checkbox"/>		
	bez utraty przytomności	50% (świadczenia określonego dla porażenia prądem z utratą przytomności)		
13)	pogryzienie Ubezpieczonego przez psa skutkujące pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień	10%-25% <input type="checkbox"/>		
14)	utonięcie Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	50%-200% <input type="checkbox"/>		
15)	powstanie Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - świadczenia wymienione w Tabeli nr 1 OWU OPEN SCHOLAR**	<input type="checkbox"/>		
16)	złamanie - świadczenie stanowiące iloczyn 20% sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla złamań, wymienionego w Tabeli nr 2 OWU OPEN SCHOLAR**	<input type="checkbox"/>		
17)	zwichnięcie stawu - świadczenie stanowiące iloczyn 20% sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla zwichnięć, wymienionego w Tabeli nr 3 OWU OPEN SCHOLAR**	<input type="checkbox"/>		

*Brak możliwości wyboru ryzyka, w przypadku ryzyka wskazanego w pkt 15), 16), 17) tabeli powyżej.

**Brak możliwości wyboru ryzyka, w przypadku ryzyka wskazanego w pkt 3) tabeli powyżej.

Ponadto Ubezpieczeni posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia, których zakres ochrony obejmuje ryzyko, o którym mowa w pkt 7) tabeli powyżej biorą udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla dzieci i Młodzieży, zgodnie z Regulaminem Uczestnictwa w Programie obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

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.

DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO***

1. Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne. TAK NIE
2. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne. TAK NIE
3. Oświadczam, że jestem osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne. TAK 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 / Ubezpieczanego lub osoby reprezentującej Ubezpieczanego 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

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.

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:

- 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 pozostające we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.