

POLISA DLA CIEBIE

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

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 UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO

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 DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

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

słownie: _____

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

Data początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej: dzień: ____ miesiąc: ____ rok: _____

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Wysokość świadczenia
zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100% sumy 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 dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem Umowy Dodatkowej.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1618 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. 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 udzielili 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. TAK NIE

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

_____ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

DD - MM - RRRR _____
Data podpisania wniosku miejscowość

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

_____ Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń
ID Dystrybutora ubezpieczeń Agent Broker

OFWCA

_____ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń
_____ Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń
_____ ID osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

AGENT

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

_____ Dystrybutor ubezpieczeń
ID Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

OFWCA

_____ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.
_____ Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.
_____ ID 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” w danej sekcji, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.