

SUPER GRUPA

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA

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/ UBEZPIECZANEGO

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia: ***DD - MM - RRRR** _____ Dokument _____ Seria, numer, _____
o którym mowa w pkt 1)) stwierdzający tożsamość: _____ oznaczenie: _____

PESEL: _____ Obywatelstwo: _____ Miejsce _____ Państwo _____
urodzenia: _____ 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: _____

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Składka: **81,00** PLN słownie: **osiemdziesiąt jeden złotych** Suma ubezpieczenia: **25 000** PLN

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

Dzień początku odpowiedzialności potwierdza polisa ubezpieczeniowa.

Proszę o przesłanie na w/w adres druków opłacania składek: TAK

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

	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	Wysokość świadczenia (kwota w PLN)
1)	Zgon Ubezpieczonego (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u ubezpieczonego choroby śmiertelnej; wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia zdiagnozowanie choroby śmiertelnej jest dokonywana na zasadach wskazanych w OWU i wynosi 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz pomniejsza wypłacane świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego)	50 000
2)	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	50 000
3)	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2))	20 000
4)	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2))	20 000
5)	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2))	20 000
6)	Zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	12 500
7)	Zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci)	1 500
8)	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	500
9)	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	4 000
10)	Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek (za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni)	70
11)	Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni)	100
12)	Urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonego	1 500
13)	Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonego	2 500
14)	Zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego	10 000
15)	Zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 14))	10 000
16)	Zgon dziecka Ubezpieczonego	4 000
17)	Zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 16))	4 000

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

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 zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-0324 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem ogólne warunki umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-0424, 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

SEKCJA I A **

- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, z którym się zapoznałem i którego treść akceptuję. TAK NIE
- Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” TAK NIE
- Oświadczam, iż w związku z udziałem w Programie „Pakiet Usług Assistance” otrzymałem informację na temat przetwarzania moich danych osobowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu. 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 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 Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie, również w przeszłości, a także nie leczyłem się i nie lecę się z powodu żadnego z poniższych schorzeń: wad wrodzonych i rozwojowych, wad lub chorób serca, zawału serca, przewlekłych chorób płuc, udaru mózgu, stwardnienia rozsianego, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, choroby alkoholowej, uzależnienia od substancji (środków) psychoaktywnych, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności - HIV, żółtaczką typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, marskości wątroby, wrzodziejącego zapalenia jelit. Nie orzeczono u mnie znacznego stopnia niepełnosprawności. Nie orzeczono u mnie znacznego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, w poprzednim stanie prawnym: I grupa inwalidztwa), umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy, w poprzednim stanie prawnym: II grupa inwalidztwa) lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym. Jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym.

_____ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

 D D - M M - R R R R

Data podpisania wniosku

miejsce

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

** W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” Ubezpieczany nie zostanie objęty Programem „Pakiet Usług Assistance”

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 / Ubezpiezanego 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 <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:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) 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,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- j) 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 WSPÓLPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- a) 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,
- b) 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:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.