

POLISA NR: | | | | - | | | - | | | | | | | | | | *

 Nr wniosku o zawarcie Umowy : | | | | - | | | | - | | | | | | / | | | |
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)
pieczęć
RBH/PrzedstawicielstwaID
PośrednikaRodzaj pośrednika
Agent/BrokerData wpływu
do RBH/Przedstawicielstwa**PODSTAWOWE DANE UBEZPIECZANEGO** (prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / imiona: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data urodzenia / dzień: | | | | miesiąc: | | rok: | |

PESEL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Seria i numer dowodu osobistego: | | | | | | | | | | | |

Adres do kontaktu z Ubezpieczanym:

ulica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nr domu: | | | | nr mieszkania: | | | |

kod pocztowy: | | | - | | | | miejscowość: | | | | | | | | | | | | | |

nr telefonu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e-mail: | | | | | | | | | | | |

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ ZGODNY Z ZAWARTĄ UMOWĄ UBEZPIECZENIA

Zawód wykonywany: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Suma ubezpieczenia: **100.000,00 zł** słownie: **sto tysięcy złotych**

Składka | | | | | | | | | | zł: | | | | | | | | | | słownie: | | | | | | | | | |

Wariant ubezpieczenia: **WARIANT I:** **WARIANT II:**

Składka będzie opłacana z częstotliwością wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia.

Proszę o przesłanie na w/w adres druków opłacania składek TAK: Pierwsza składka wpłacona za pośrednictwem Agenta TAK: **DODATKOWE INFORMACJE NA TEMAT UBEZPIECZENIA**

Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group rozpocznie się od daty wskazanej w certyfikacie, pod warunkiem opłacenia należytej składki.

WSKAZANIE BENEFICJENTA / ÓW (wypełnia Ubezpieczony, prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.				
2.				
3.				
4.				
ŁĄCZNIE 100 %				

Niewskazanie beneficjenta/ów skutkuje ustaleniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, zgodnie z treścią zawartej umowy ubezpieczenia.

Sposób powiązania Ubezpieczonego z Beneficjentem (np. wstępny/ zstępny, brat/ siostra, małżonek lub wspólne gospodarstwo domowe):

1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BENEFICJENT ZASTĘPCZY (wypełnia Ubezpieczony, prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.				
2.				
ŁĄCZNIE 100 %				

* należy wypełnić w przypadku, gdy niniejsza deklaracja składana jest przez osobę, przystępującą do zawartej umowy ubezpieczenia.

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ta deklaracja i zawarte w niej informacje były podstawą do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową. Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza deklaracja podlega weryfikacji przed objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową.

Przed podpisaniem niniejszej deklaracji, otrzymałem/łam: Ogólne Warunki Otwartego Ubezpieczenia na Życie „VIP”, wskazane w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą o numerze przywołanym w niniejszej deklaracji/ we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przywołanym w niniejszej deklaracji, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, a także Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem/am i których treść akceptuję.

Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie ww. Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”. Wyrażam równocześnie zgodę na przekazywanie moich danych osobowych AGA International S.A. Główny Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, w celach związanych z realizacją Programu.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorami danych osobowych są: „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A oraz AGA International S.A. Główny Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia, do której niniejszym przystępuję oraz umów ubezpieczenia stanowiących jej kontynuację. Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarerek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Przyjmuję do wiadomości, iż stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzekany jest na podstawie Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zatwierdzonej przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, którą otrzymałem/am.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją umowy, do której niniejszym przystępuję oraz umów ubezpieczenia stanowiących jej kontynuację.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych, również w przypadku nie objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową lub jej wygaśnięcia oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. NIE:

Wyrażam zgodę na wykorzystanie ww. adresu e-mail do przesyłania przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie zmian warunków tej umowy oraz rozpatrywania reklamacji. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz.U. z 2002 r. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.) NIE:

Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

_____ podpis Ubezpieczonego

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

1. Wzrost: cm Waga ciała: kg

2. Czy leczył/ leczyła się Pan/i lub rozpoznano u Pana/i którekolwiek ze schorzeń: choroba serca, choroba układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nowotwór, choroba trzustki, choroba wątroby, choroba nerek, choroba przewodu pokarmowego, niewydolność oddechowa, choroba neurologiczna, udar mózgu, paraliż, zaburzenia psychiczne, zakażenie wirusem HIV, HCV lub HBV? TAK NIE

3. Czy rozpoznano u Pana/i chorobę inną niż wymieniona powyżej lub czy wystąpił u Pana/i uraz, które skutkowały długotrwałym leczeniem i/lub niezdolnością do pracy i/lub następstwami odległymi w czasie? TAK NIE

4. Czy w ciągu ostatnich 2 lat był/a Pan/i niezdolny/a do pracy z powodu choroby dłużej niż 30 kolejnych dni (z wyłączeniem złamań/ skręceń kończyn, chorób kręgosłupa, ciąży)? TAK NIE

5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/i w szpitalu celem diagnostyki lub leczenia (z wyłączeniem złamań/ skręceń kończyn, chorób kręgosłupa, ciąży)? TAK NIE

6. Czy posiada Pan/i świadczenie rentowe lub czy orzeciono u Pana/i niezdolność do pracy? TAK NIE

7. Czy stwierdzono u Pana/i uzależnienie od alkoholu, narkotyków, innych używek lub był/a Pan/i leczony/a z powodu zatrucia alkoholem, narkotykami lub innymi używkami (dopalacze) lub ich przedawkowania? TAK NIE

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane w deklaracji zgody informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych nieprawdziwych lub niekompletnych, uprawnia „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do odmowy wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 oraz art. 834 Kodeksu Cywilnego.

_____ Data podpisania deklaracji

_____ podpis Ubezpieczonego

_____ pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

_____ „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group
pieczęć i podpis osoby przyjmującej deklarację zgody