

BEZPIECZNE DZIECKO

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY „BEZPIECZNE DZIECKO”

Nr Pakietu: - -

pieczęć RBH/Przedstawicielstwa ID Pośrednika Rodzaj pośrednika Agent/Broker Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

PODSTAWOWE DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (Ubezpieczającym, w przypadku umowy na rzecz osoby niepełnoletniej jest jej przedstawiciel ustawowy) (wypełnia Ubezpieczający, prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / Imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia / dzień: miesiąc: rok:

PESEL: Seria i nr dowodu osobistego:

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: nr domu: nr mieszkania:

kod pocztowy: - miejscowość:

nr telefonu: e-mail:

DANE UBEZPIECZANEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami) - należy wypełnić, gdy Ubezpieczany nie jest jednocześnie Ubezpieczającym

Imię / Imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia / dzień: miesiąc: rok:

PESEL: Seria i nr dowodu osobistego:

Adres Ubezpieczanego

ulica: nr domu: nr mieszkania:

kod pocztowy: - miejscowość:

Nazwa Jednostki Organizacyjnej, której Ubezpieczany jest uczniem lub studentem (wypełnić jeżeli Ubezpieczany jest osobą pełnoletnią)

Suma ubezpieczenia: zł słownie:

Początek odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożono wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz została opłacona składka.

Składka: zł słownie:

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

Składka będzie opłacana z częstotliwością miesięczną.

Pierwsza składka opłacona za pośrednictwem Agenta TAK

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	Zakres	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
1) zgon Ubezpieczonego	100%	100%	
2) zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia o którym mowa w pkt. 1)	50%-200%		
3) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	0,5%-2%		
4) poważne zachorowanie Ubezpieczonego	10%-30%		
5) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem oraz jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Ubezpieczony ukończył 3 rok życia, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni	0,05%-0,5%		
6) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-1%		
7) zgon rodzica Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%-200%		

WSKAZANIE BENEFICJENTA / ÓW (wypełnia Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ŁĄCZNIE				100 %

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

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach Pakietu Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie Dzieci i Młodzieży „BEZPIECZNE DZIECKO”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/am Ogólne Warunki Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie Dzieci i Młodzieży „BEZPIECZNE DZIECKO” zatwierdzone Uchwałą nr 02/12/2015 Zarządu „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 marca 2015 roku, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia oraz Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem/am i których treść akceptuję.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich / osoby którą reprezentuję danych osobowych jest: „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

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 pielęgniarek, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, dokumentacji oraz informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, także dokumentacji oraz 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 / osoby, którą reprezentuję danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich / osoby, którą reprezentuję danych osobowych w celach marketingowych, również w przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia 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 / osoby, którą reprezentuję danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich / osoby, którą reprezentuję 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 2016 r. poz. 1030 z późn. zm.). **NIE:**

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

podpis Ubezpieczającego

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie / osoby, którą reprezentuję, również w przeszłości, a także nie leczyłem/am się i nie leczę / osoba, którą reprezentuję nie leczyła się i nie leczy się z powodu żadnego z poniższych schorzeń:

- wad serca, przewlekłych chorób serca, przewlekłych chorób płuc, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem opryszczki typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym.

Nie orzeczono u mnie / osoby, którą reprezentuję 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.

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia 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 wniosku

podpis Ubezpieczającego

Jako pośrednik ubezpieczeniowy oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczonego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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