

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:
 Nazwisko:
 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:
 Nazwisko:
 PESEL: | Seria i nr dowodu osobistego:
 Adres zamieszkania Ubezpieczanego
 ulica: nr domu: nr mieszkania:
 kod pocztowy: - miejscowość:
 Nazwa Jednostki Organizacyjnej, do której Ubezpieczany uczęszcza lub której jest uczniem/studentem

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:

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

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE” TU S. A. Vienna Insurance Group wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:

		zakres (wstawić X w przypadku wyboru ryzyka)	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
1)	w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):			
	z tytułu zgonu Ubezpieczonego	10%-100%		
2)	w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):			
a)	z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	50%-200% <input type="checkbox"/>		
b)	z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku*	0,5%-2% <input type="checkbox"/>		
c)	z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego			
	Pakiet I	10%-30% <input type="checkbox"/>		
	Pakiet II	10%-30% <input type="checkbox"/>		
d)	z tytułu pobytu 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"/>		

e)	z tytułu pobytu 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"/>		
f)	z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>		500 zł
g)	z tytułu zgonu rodziców Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	10%-250%	<input type="checkbox"/>		
h)	z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu Urazowego (świadczenie należy określić jako wielokrotność 50 zł)	50-250 zł	<input type="checkbox"/>		
i)	z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie należy określić jako wielokrotność 10 zł)	50-100 zł	<input type="checkbox"/>		
j)	z tytułu zatrucia Ubezpieczonego gazami skutkującego 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)			
k)	z tytułu porażenia Ubezpieczonego prądem skutkującego 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)			
l)	z tytułu pogryzienia Ubezpieczonego przez psa skutkującego pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień	10%-25%	<input type="checkbox"/>		
m)	z tytułu utonięcia 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"/>		
n)	z tytułu powstania trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku - świadczenia wymienione w Tabeli nr 1 OWU OPEN SCHOLAR**		<input type="checkbox"/>		
o)	z tytułu złamania- świadczenie stanowiące iloczyn 20% sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla złamań, wymienionego w Tabeli nr 2 OWU OPEN SCHOLAR**		<input type="checkbox"/>		
p)	z tytułu zwichnięcia 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 lit. n),o),p).

**Brak możliwości wyboru ryzyka, w przypadku ryzyka wskazanego w lit. b).

Ponadto Ubezpieczeni posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia, których zakres ochrony obejmuje ryzyko, o którym mowa w pkt. 2) lit. f) niniejszego wniosku biorą udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży, zgodnie z Regulaminem Uczestnictwa w Programie obowiązującym w dniu zawarcia umowy.

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 „OPEN SCHOLAR”. 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 „OPEN SCHOLAR” zatwierdzone Uchwałą nr 07/27/2015 Zarządu „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24.08.2015 roku, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem/łam, i których treść akceptuję, a także ww. Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży, którego treść akceptuję¹⁾.

Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”. Wyrażam równocześnie zgodę na przekazywanie moich/ osoby, którą reprezentuję danych osobowych AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, w celach związanych z realizacją Programu.¹⁾

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich / osoby którą reprezentuję danych osobowych jest „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, adres: Aleje Jerozolimskie 162 A (a w przypadku rozszerzenia umowy o „Pakiet Usług Assistance” również AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B)¹⁾ oraz, że celem przetwarzania danych jest realizacja zawartej umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczonym/przedstawicielom ustawowym niepełnoletnich Ubezpieczonych przysługuje prawo dostępu do danych i ich poprawiania.

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, a 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/łam.

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 wykorzystywanie 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.

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składałem dobrowolnie, a podane we wniosku 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 Ubezpieczanego 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

1) dotyczy wyłącznie osób, których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko wskazane w punkcie 2 lit. f.