



## OŚWIADCZENIA

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

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/am: Ogólne Warunki Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie SENIOR zatwierdzone Uchwałą nr 01/40/2016 Zarządu „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.12.2016 roku, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść ubezpieczenia, w szczególności zakres wybranego Pakietu, 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/tam 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 AWP P&C S.A Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, w celach związanych z realizacją Programu.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych osobowych jest: „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A oraz AWP P&C S.A Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, oraz że celem przetwarzania danych jest realizacja zawartej 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 pielęgniarzek, 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 Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu, 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 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 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 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. (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz.1030 z późn. zm.). NIE:

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

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego

## ANKIETA OSOBOWA DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (wypełnia Ubezpieczający/ Ubezpieczany)

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Czy rozpoznano u Pana/i którąkolwiek z wymienionych poniżej chorób?

### **zawał serca**

martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, manifestująca się świeżymi zmianami w zapisie Ekg, podwyższeniem enzymów nekrotycznych, akinezą ściany mięśnia sercowego oraz innymi objawami klinicznymi zawału.

TAK  NIE

### **udar mózgu**

trwałe zmiany w tkance mózgowej spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem, manifestujące się neurologicznymi zmianami ogniskowymi.

TAK  NIE

### **nowotwór złośliwy**

niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu, z możliwością naciekania tkanek i narządów oraz tworzenia przerzutów.

TAK  NIE

### **POChP (przewłękła obturacyjna choroba płuc)**

postępujące zaburzenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe, zależne od przewlekłego obturacyjnego zapalenia oskrzeli lub od rozedmy (stwierdzone w spirometrii).

TAK  NIE

### **cukrzyca insulinozależna**

choroba przemiany materii wynikająca z niedoboru insuliny, manifestująca się obecnością cukru i ciał ketonowych w moczu, podwyższonym poziomem cukru we krwi, wymagająca leczenia insuliną.

TAK  NIE

### **przewłękła niewydolność nerek**

trwająca kilka miesięcy (więcej niż 1) choroba obu nerek, niezależnie od przyczyny, manifestująca się zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej.

TAK  NIE

### **HIV i/lub HCV**

potwierdzona badaniem krwi obecność ludzkiego wirusa upośledzenia odporności (HIV) i/lub wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV).

TAK  NIE

**ZZA vs ZUA (zespół zależności alkoholowej, zespół uzależnienia alkoholowego)**  
przewlekłe, wieloletnie spożywanie alkoholu, powodujące szkodliwe następstwa zdrowotne,  
np. zaburzenia świadomości i procesów poznawczych oraz choroby somatyczne (np. marskość  
wątroby, zapalenie trzustki, żylaki przełyku).

TAK  NIE

**otyłość olbrzymią vs patologiczną (BMI > 40)**  
nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie, osiągające wartość BMI (Body  
Mass Index) 40 lub więcej. Technika wyliczenia BMI: waga/wzrost<sup>2</sup>

TAK  NIE

**Czy jest Pan/i pensjonariuszem hospicjum?**

TAK  NIE

**Czy jest Pan/i w trakcie leczenia lub planowane jest u Pana/i leczenie specjalistyczne?**

TAK  NIE

**Chemioterapia**

Metoda systemowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zastosowaniu leków cytostatycznych,  
eliminująca z organizmu komórki nowotworu.

**Radioterapia**

Metoda miejscowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zewnętrznym oddziaływaniu  
promieniami jonizującymi, eliminująca z organizmu komórki nowotworu.

**Brachyterapia**

Odmiana radioterapii polegająca na umieszczeniu źródeł promieniotwórczych w obrębie guza  
nowotworowego lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie.

**Interferonoterapia**

Metoda systemowego leczenia WZW typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka  
(interferon), hamującego syntezę wirusowego RNA.

**Czy orzeczono u Pana/i niepełnosprawność w stopniu znacznym**  
(całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji) **lub umiarkowanym** (całkowita niezdolność do pracy)?

TAK  NIE

**Czy jest Pan/i biorcą świadczenia rentowego?**

TAK  NIE

**Czy kiedykolwiek odmówiono Panu/i zawarcia umowy ubezpieczenia z powodów medycznych?**

TAK  NIE

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 / Ubezpieczanego

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  
podpis osoby przyjmującej wniosek