

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

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZANEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia / dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____

PESEL: _____ Seria i numer dowodu osobistego: _____

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ – _____ miejscowość: _____

nr telefonu: _____ e-mail: _____

Suma ubezpieczenia: 10.000,00 zł słownie: **dziesięć tysięcy złotych**

Odpowiedzialność "POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group z tytułu Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego na polisie, lecz nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki

Składka _____ zł: słownie: _____

Składka będzie opłacana (zaznacz właściwe): miesięcznie: kwartalnie: półrocznie: rocznie: Wariant ubezpieczenia: **WARIANT I:** **WARIANT II:** **ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ** zależny jest od wariantu ubezpieczenia umowy grupowej

| | RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO | WARIANT I | WARIANT II |
|----|--|-----------|------------|
| 1) | zgon Ubezpieczonego | 100% | 150% |
| 2) | zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt.1) | 100% | 150% |

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

| Lp. | Imię | Nazwisko | PESEL lub data urodzenia | % świadczenia |
|----------------------|-------|----------|--------------------------|---------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| ŁĄCZNIE 100 % | | | | |

BENEFICJENT ZASTĘPCZY (wypełnia Ubezpieczany, prosimy wypełniać drukowanymi literami)

| Lp. | Imię | Nazwisko | PESEL lub data urodzenia | % świadczenia |
|----------------------|-------|----------|--------------------------|---------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 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 Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia na Życie "VIP". Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, otrzymałem/łam Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie „VIP”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą:

nr 01/09/2013 z dnia 05 marca 2013 roku,

nr 06/27/2014 z dnia 26 sierpnia 2014 roku,

nr 02/11/2015 z dnia 25 marca 2015 roku,

Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, a także Zasady rozpatrywania reklamacji w "POLISA-ŻYCIE" TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem / łąm, i których treść akceptuję. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż od dnia wskazanego na polisie jako pierwszy dzień odpowiedzialności, ww. Ogólne Warunki Ubezpieczenia stanowiąc będą treść łączącej mnie z „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group umowy ubezpieczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich 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, a także dokumentacji oraz informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

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 niniejszej 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 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 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 2016 r. poz. 1030 z późn. zm.). NIE:

Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich 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/ Ubezpieczonego

Numer polisy Ubezpieczenia na Życie „VIP”:

Należna za Ubezpieczonego składka wpłacana była nieprzerwanie przez okres: miesięcy

Pierwsza należna za Ubezpieczonego składka wpłacona została za miesiąc: w wysokości złotych

Ostatnia należna za Ubezpieczonego składka wpłacona została za miesiąc: w wysokości złotych

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.

Data

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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