

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: \_\_\_\_\_

wykonywany zawód: \_\_\_\_\_

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: \_\_\_\_\_ nr domu: \_\_\_\_\_ nr mieszkania: \_\_\_\_\_

kod pocztowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ miejscowość: \_\_\_\_\_

nr telefonu: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA (wypełnia Ubezpieczający)

Składam wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie „MONO PLUS”

na okres: \_\_\_\_\_ lat polisowych z sumą ubezpieczenia w wysokości: \_\_\_\_\_ zł

słownie: \_\_\_\_\_

Składka: \_\_\_\_\_ zł słownie: \_\_\_\_\_

Zobowiązuję się do opłacania należnej składki:

miesięcznie: \_\_\_\_\_ kwartalnie: \_\_\_\_\_ półrocznie: \_\_\_\_\_ rocznie: \_\_\_\_\_ jednorazowo za cały okres ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

## ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego		zakres	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
(Zakres podstawowy obligatoryjny)				
1)	zgon Ubezpieczonego	100%	100%	
Zakres rozszerzony (ryzyka do wyboru)				
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	30% - 100%		
3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt. 2 lit. a, o ile znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	30% - 100%		
4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt. 2 lit. a, o ile znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	30% - 100%		
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt. 2 lit. a, o ile znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	30% - 100%		
6)	chorobowy zgon Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	30% - 100%		
7)	zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci)	30% - 100%		
8)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: - za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu	0,5% - 4% jednak nie więcej niż 600 zł za 1% uszczerbku		
	- za orzeczone 100% uszczerbku na zdrowiu	50% - 400% jednak nie więcej niż 60 000 zł za 100% uszczerbku		

		zakres	zakres świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
h)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpi zgon Ubezpieczonego	10% - 50%		
i)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu - za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	0,1% - 0,3%		
j)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu - za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	0,1% - 0,6%		
k)	pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej ("OIOM") - za każdy dzień pobytu	0,1% - 0,9%		
l)	wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek	100%		

### DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZANYM (Prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Wzrost: | | | | cm

Waga: | | | | kg

Zmiana wagi w ostatnim roku / przyrost: | | | | kg

spadek: | | | | kg

#### Charakter wykonywanej pracy (zaznacz właściwe):

biurowa lub administracyjna nie wymagająca pracy fizycznej

wymagająca przebywania poza pomieszczeniami biurowymi i/lub okresowego wykonywania pracy fizycznej

ciągła praca fizyczna

#### Branża zatrudnienia (zaznacz właściwe):

Wojsko

Produkcja maszyn i środków transportu

Pozostałe branże przemysłu produkcyjnego i przetwórczego

Policja

Hutnictwo i odlewnictwo

Rolnictwo

Straż pożarna

Przemysł drzewny

Transport kołowy

Przemysł wydobywczy

Przemysł gumowy i tworzyw sztucznych

inne (jakie)

Rybołówstwo, żegluga i transport morski

Budownictwo

Czy wykonywany zawód wymaga:	TAK	NIE
pracy na wysokości powyżej 5 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w pracach wydobywczych i/lub budowlanych pod ziemią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
naprawy lub konserwacji maszyn lub urządzeń wysokiego napięcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w połowie ryb na morzu z pokładu jednostki o długości do 25 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stykania się z materiałami bądź substancjami: wybuchowym łatwopalnymi, trującymi lub żrącymi, radioaktywnymi bądź azbestem? (podkreśl właściwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przebywania na morzu poza obszarem wód terytorialnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dysponowania bronią palną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pracy w powietrzu na pokładzie samolotu licencjonowanych linii lotniczych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przewodzenia samochodów ciężarowych bądź autobusów poza obszarami zabudowanymi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Odpowiadając na pytania w poniższej tabeli, proszę wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce.

**W przypadku wstawienia znaku „X” w rubryce „TAK” na pytanie należy udzielić szczegółowej.**

	PYTANIE	TAK	NIE	ODPOWIEDŹ SZCZEGÓŁOWA
1	Czy w Pana/i najbliższej rodzinie (ojciec, matka, brat, siostra) ktoś chorował, choruje lub zmarł z powodu: choroby serca lub naczyń, nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu, cukrzycy, nowotworu, choroby nerek, choroby dziedzicznej (np. hemofilia, dystrofia mięśniowa, inne), zaburzeń psychicznych, alkoholizmu?			
2	Czy jest Pan/i obecnie ubezpieczony/a w ramach indywidualnych ubezpieczeń na życie?			
3	Czy przy zawieraniu poprzednich umów ubezpieczenia spotkał/a się Pan/i z odmową z odmową, ograniczeniem, odroczeniem lub podwyższoną składką?			
4	Czy uprawia Pan/i sporty? Jeżeli TAK, to proszę podać dziedzinę oraz określić czy uprawia Pan/i sport rekreacyjnie czy profesjonalnie			
5	Czy korzysta Pan/i z powietrznych środków transportu innych, niż środki koncesjonowanych przewoźników?			
6	Czy pije Pan/i napoje alkoholowe? Jeżeli TAK, proszę podać jak często, w jakiej ilości i jaki rodzaj.			
7	Czy pali lub kiedykolwiek palił/a Pan/i papierosy, tytoń? Jeżeli TAK, proszę podać od kiedy, jaką markę i ilość dziennie.			
8	Czy używa lub używał/a Pan/i środków uznawanych za narkotyki (haszysz, marihuana, kokaina, amfetamina, heroina)?			
9	Czy był/a Pan/i ofiarą wypadku komunikacyjnego lub innego?			
10	Czy otrzymuje Pan/i rentę inwalidzką? Jeżeli TAK, proszę podać datę przyznania, przyczynę oraz rodzaj niezdolności do pracy.			

PYTANIE		TAK	NIE	ODPOWIEDŹ SZCZEGÓŁOWA
11	Czy podjął/podjęła Pan/i kroki zmierzające do uzyskania renty inwalidzkiej?			
12	Czy obecnie przerwał/a Pan/i pracę? Jeżeli TAK, proszę podać przyczynę, datę przerwania pracy oraz datę planowanego powrotu.			
13	Czy w ciągu ostatnich kilku lat musiał/a Pan/i przerwać pracę na dłużej niż trzy tygodnie z rządu? Jeżeli TAK, proszę podać daty, na jak długo i przyczynę.			
14	Czy w okresie ostatnich pięciu lat: (w przypadku odpowiedzi TAK, proszę podać okresy, przyczyny, rodzaj i wynik zastosowanego leczenia):			
a)	przebywał/a Pan/i w szpitalu (proszę dołączyć kopię karty wypisowej) lub podobnych Placówkach w celu wykonania zabiegu, badań, przeprowadzenia leczenia?			
b)	poddał/a się Pan/i leczeniu specjalistycznemu takiemu jak naświetlania, chemioterapia, immunoterapia, kobaltoterapia, inne (podać jakie)?			
c)	wykonał/a Pan/i badania lekarskie (poza medycyną pracy) takie jak: analiza krwi, badanie moczu, elektrokardiogram, prześwietlenie?			
d)	przeprowadzono u Pana/i transfuzję krwi lub preparatu krwio pochodnego?			
e)	wykonywał/a Pan/i test na obecność wirusa HIV? Jeśli tak to kiedy? jaki wynik: pozytywny (obecny), negatywny (nieobecny)?			
f)	chorował/a na infekcję spowodowaną nabytym brakiem odporności organizmu (AIDS)?			
15	Czy choruje lub chorował/a Pan/i na: (w przypadku odpowiedzi TAK, proszę podać rodzaj schorzenia, datę jego wystąpienia oraz rodzaj i wynik zastosowanego leczenia).			
a)	choroby układu oddechowego, np. długotrwały kaszel, krwiotłucie, duszności, astma, inne (jakie)?			
b)	choroby serca, naczyniowe, np.: bóle zamostkowe, zawał, nadciśnienie tętnicze, zapalenie tętnicy, inne (jakie)?			
c)	choroby narządu trawienia, np.: owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, żółtaczką, zapalenie wątroby, chroniczna biegunka, inne (jakie)?			
d)	choroby układu moczowo-płciowego, np.: białkomocz, krwiomocz, choroby przenoszone drogą płciową, inne (jakie)?			
e)	choroby systemu nerwowego, np.: paraliż, zapalenie opon mózgowych, epilepsja, inne (jakie)?			
f)	choroby psychiczne, np.: załamanie nerwowe, stany depresyjne, próby samobójcze, inne (jakie)?			
g)	choroby krwi, gruczołów i śledziony, np.: anemia, powiększone gruczoły, hemofilia, inne (jakie)?			
h)	choroby endokrynologiczne i metaboliczne, np.: cukrzyca, dna, schorzenia tarczycy, inne (jakie)?			
i)	choroby kości i stawów, np.: artretyzm, schorzenia reumatyczne, inne (jakie)?			
j)	choroby skóry, np.: usunięcie pieprzyków, łuszczyca, inne (jakie)?			
k)	choroby zakaźne, np.: gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby, nawracające infekcje, inne (jakie)?			
l)	choroby pasożytnicze i grzybicze, np.: malaria, choroba motyliczna, drożdżycza, inne (jakie)?			
m)	choroby narządów zmysłów, zaburzenia zmysłu wzroku i słuchu, np.: krótkowzroczność, głuchota, inne (jakie)?			
n)	choroby ginekologiczne (jakie)?			
o)	choroby nowotworowe lub inne, nie wymienione powyżej (jakie)?			
16	Czy w najbliższym czasie będzie Pan/i musiał/a poddać się leczeniu szpitalnemu lub przejść badania lekarskie? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakich powodów.			
17	Czy musi Pan/i poddać się operacji chirurgicznej? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakiej przyczyny.			
18	Czy często używa Pan/i leków przeciwbólowych, zwalczających zmęczenie, nasennych, antybiotyków, uspokajających? Jeżeli TAK, proszę podać jakich, jak często i dlaczego.			
19	Czy przyjmuje Pan/i obecnie jakieś leki? Jeżeli TAK, proszę podać jakie, od kiedy i w jakiej dawce.			

Jeżeli udzielił/a Pan/i pozytywnej odpowiedzi na pytanie nr 1 niniejszego kwestionariusza, proszę wypełnić poniższą tabelę:

	Jeśli żyje		Jeśli nie żyje	
	wiek	aktualny stan zdrowia i ewentualnie przebyte choroby	zgon w wieku	data i dokładna przyczyna zgonu
Ojciec				
Matka				
Brat / bracia				
Siostra/y				

**Deklaruję chęć zawarcia umowy Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group**

TAK:  NIE:

W przypadku wybrania odpowiedzi TAK, prosimy o wypełnienie wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group

**WSKAZANIE BENEFICJENTA / ÓW** (wypełnia Ubezpieczony, 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"/>
<b>ŁĄCZNIE</b>				<b>100 %</b>

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 Terminowego Ubezpieczenia na Życie „MONO PLUS”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, otrzymałem/łam Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie „MONO PLUS”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 08/15/2016 z dnia 26 kwietnia 2016 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 / łam, i których treść akceptuję.

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.

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 oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia Ubezpieczonego, 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 Tabel 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.

Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

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 roku 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 roku 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 składam 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 zgodnie z postanowieniami art. 815 oraz artykułu 834 Kodeksu Cywilnego.

Data podpisania wniosku

podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

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