

TWOJA RENTA

WNIOSEK O ZAWARCIE INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA RENTOWEGO „TWOJA RENTA”

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: _____

Czy Ubezpieczany (Ubezpieczający) osiąga przychody lub prowadzi działalność gospodarczą w ramach niżej wymienionych branż:

- Handel złomem Komisy samochodowe Kantory wymiany walut Kluby nocne, restauracje, kawiarnie Firmy zajmujące się handlem paliwami, materiałami opałowymi Lombardy Pośrednicy w handlu towarami luksusowymi, jak np.: dziełami sztuki, antykami, kamieniami szlachetnymi, wyrobami jubilerskimi Kasyna gry, podmioty organizujące gry losowe i zręcznościowe Firmy zajmujące się szeroko rozumianymi usługami doradczymi (konsultingowymi) Firmy zajmujące się przekazami pieniężnymi Handel bronią i sprzętem wojskowym Pośrednicy w handlu nieruchomościami

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

Okres ubezpieczenia, na jaki zawarta zostaje umowa ubezpieczenia (okres składkowy) _____ lat

Gwarantowany okres wypłaty renty (zaznacz właściwe): TAK NIE

W przypadku wyboru wariantu z gwarantowanym okresem wypłaty renty prosimy określić długość trwania okresu wypłaty renty _____ (5, 10, 15, 20) lat

Wysokość renty: _____ zł słownie: _____

Składka: _____ zł słownie: _____

Zobowiązuję się do opłacania należnej składki:

miesięcznie: _____ kwartalnie: _____ półrocznie: _____ rocznie: _____ jednorazowo za cały okres ubezpieczenia: _____

Wariant z waloryzacją renty i składki (zaznacz właściwe): TAK NIE

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

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____

ŁĄCZNIE 100 %

Niewskazanie beneficjenta/ów skutkuje ustaleniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu UBEZPIECZANEGO, 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 Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego „TWOJA RENTA”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/łam Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego „TWOJA RENTA”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 03/15/2015 z dnia 28 kwietnia 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 / 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 sprawdzenie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group mojego numeru PESEL w Powszechnym Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności celem ustalenia oraz potwierdzenia prawa do wypłaty świadczenia w szczególności wypłaty renty.

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 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 składam dobrowolnie, a podane we wniosku informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

Oświadczam, że środki wpłacone tytułem składki ubezpieczeniowej pochodzą: z moich oszczędności/z innych źródeł tj.*)

*) niepotrzebne skreślić oraz w przypadku, gdy źródło pochodzenia środków jest inne niż oszczędności, należy podać jakie.

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