

BEZPIECZNY NA DRODZE

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
I OD NASTĘPSTW WYPADKÓW KOMUNIKACYJNYCH
"BEZPIECZNY NA DRODZE"

pieczęć RBH/Przedstawicielstwa ID Pośrednika Data wpływu do RBH / Przedstawicielstwa

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / imiona:

Nazwisko:

Seria i numer dowodu osobistego: PESEL:

lub Pełna nazwa / wpis: lub pieczęć:

Adres zameldowania/siedziby

ulica: nr domu: nr mieszkania:

kod pocztowy: miejscowość:

nr telefonu, fax: e-mail:

Adres korespondencyjny (prosimy wypełnić, jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż adres zameldowania):

ulica: nr domu: nr mieszkania:

kod pocztowy: miejscowość:

DANE UBEZPIECZONEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami) - należy wypełnić, gdy Ubezpieczony nie jest jednocześnie Ubezpieczającym

Imię / imiona:

Nazwisko:

Seria i numer dowodu osobistego: PESEL:

Adres zameldowania

ulica: nr domu: nr mieszkania:

kod pocztowy: miejscowość:

Adres korespondencyjny (prosimy wypełnić, jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż adres zameldowania):

ulica: nr domu: nr mieszkania:

kod pocztowy: miejscowość:

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA (wypełnia Ubezpieczający)

Składam wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Wypadków Komunikacyjnych „BEZPIECZNY NA DRODZE” na okres: lat polisowych

z sumą ubezpieczenia w wysokości: 2 500 zł 5 000 zł 7 500 zł 10 000 zł 15 000 zł 20 000 zł

Zobowiązuję się do opłacania należnej składki: rocznie półrocznie (możliwość wyboru dla sumy ubezpieczenia powyżej 10 000 zł)

jednorazowo za cały okres ubezpieczenia

Składka: zł słownie:

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego		Wysokość świadczenia
1)	zgon Ubezpieczonego	1% sumy ubezpieczenia
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1)	1000% sumy ubezpieczenia
3)	wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego - RENTA	10% sumy ubezpieczenia wysokość miesięcznej renty
4)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku)	1% sumy ubezpieczenia
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego (za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni)	1% sumy ubezpieczenia
6)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” w wyniku wypadku komunikacyjnego (za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni)	1% sumy ubezpieczenia

Deklaruję chęć zawarcia umowy Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance GroupTAK: ☐ NIE: ☐

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

DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

Czy Ubezpieczony w ramach wykonywanych obowiązków zawodowych kieruje samochodem ciężarowym o ładowności powyżej 850 kg bądź autobusem poza obszarami zabudowanymi TAK: ☐ NIE: ☐

Czy złożenie wniosku o zawarcie umowy na rzecz Ubezpieczonego, następuje na tych samych warunkach oraz w tym samym czasie co wniosku o zawarcie umowy z małżonkiem/ partnerem Ubezpieczonego, z którym Ubezpieczony wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe:

TAK: ☐ NIE: ☐

W przypadku wybrania odpowiedzi TAK, prosimy o podanie danych małżonka/partnera Ubezpieczonego

Imię i Nazwisko: PESEL: **WSKAZANIE BENEFICJENTA/ÓW** (wypełnia Ubezpieczony - prosimy wypełnić 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"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				ŁĄCZNIE 100 %

Niewskazanie beneficjenta/ów skutkuje ustalaniem 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. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, otrzymałem/łam Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Wypadków Komunikacyjnych „BEZPIECZNY NA DRODZE”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 7/17/2014 z dnia 13 maja 2014 roku, 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.

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.

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 2002 roku Nr 101 poz. 926 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. Ubezpieczony NIE: ☐ Ubezpieczający 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. Ubezpieczony NIE: ☐ Ubezpieczający 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. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.). Ubezpieczony NIE: ☐ Ubezpieczający NIE: ☐

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

Niniejsze oświadczenie 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
miejsowość i data	podpis Ubezpieczającego (dotyczy umów, w których Ubezpieczający nie jest jednocześnie Ubezpieczonym)	podpis Ubezpieczonego

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 oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
miejsowość i data	podpis Ubezpieczonego

<input type="text"/>	<input type="text"/>
pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego	„POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek