

VIP**DEKLARACJA ZGODY PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY OTWARTEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „VIP”**

POLISA NR: | | | | - | | | - | | | | | | *

Nr wniosku o zawarcie Umowy : | | | | - | | | | - | | | | | | / | | | |
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)

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

DANE UBEZPIECZONEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / imiona: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data urodzenia / dzień: | | | | miesiąc: | | | | rok: | | | | Imię ojca: | | | | | | | | | |

Seria i numer dowodu osobistego: | | | | | | | | | | PESEL: | | | | | | | | | |

Adres zameldowania:

ulica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nr domu: | | | | nr mieszkania: | | | |

kod pocztowy: | | | | - | | | | miejscowość: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nr telefonu: | | | | | | | | | | e-mail: | | | | | | | | | | | | | |

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

ulica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nr domu: | | | | nr mieszkania: | | | |

kod pocztowy: | | | | - | | | | miejscowość: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ ZGODNY Z ZAWARTĄ UMOWĄ UBEZPIECZENIASuma ubezpieczenia: **100.000,00 zł** słownie: **sto tysięcy złotych**

Składka dla 1 osoby | | | | | | | | zł: słownie: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Wariant ubezpieczenia: **WARIANT I:** ☐ **WARIANT II:** ☐

Składka będzie opłacana z częstotliwością wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia.

Proszę o przesłanie na w/w adres druków opłacania składek TAK: ☐Pierwsza składka wpłacona za pośrednictwem Agenta TAK: ☐**DODATKOWE INFORMACJE NA TEMAT UBEZPIECZENIA**

Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group rozpocznie się od daty wskazanej w certyfikacie, pod warunkiem opłacenia należnej składki.

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

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.				
2.				
3.				
4.				
				ŁĄCZNIE 100 %

Niewskazanie beneficjenta/ów skutkuje ustaleniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpiezonego, zgodnie z treścią zawartej umowy ubezpieczenia.

* należy wypełnić w przypadku, gdy niniejsza deklaracja składana jest przez osobę, przystępującą do zawartej umowy ubezpieczenia.

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ta deklaracja i zawarte w niej informacje były podstawą do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową. Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza deklaracja podlega weryfikacji przed objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową.

Wyrażam również zgodę aby ta deklaracja była podstawą do obejmowania mnie ochroną ubezpieczeniową przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group w ramach umowy Otwartego Ubezpieczenia na Życie „VIP”, będącej kontynuacją warunków ubezpieczenia, na jakich została zawarta umowa, do której niniejszym przystępuję, w szczególności w zakresie treści ogólnych warunków ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia oraz wysokości składki, sumy ubezpieczenia oraz przysługujących świadczeń.

Przyjmuję do wiadomości, iż powyższe oświadczenia dotyczące ubezpieczenia w umowach stanowiących kontynuację umowy ubezpieczenia, do której niniejszym przystępuję będzie skuteczne o ile „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego nie podejmie decyzji o odmowie dalszego obejmowania mnie ochroną ubezpieczeniową.

Przed podpisaniem niniejszej deklaracji, zapoznałam/łem się i akceptuję treść przedstawionych mi Ogólnych Warunków Otwartego Ubezpieczenia na Życie „VIP”, wskazanych w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą o numerze przywołanym w niniejszej deklaracji/we wniosku o zawarcie Umowy przywołanym w niniejszej deklaracji a także treść obowiązującego w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.

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 AGA International S.A. Główny Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, w celach związanych z realizacją Programu.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorami danych osobowych są: „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A oraz AGA International S.A. Główny Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia, do której niniejszym przystępuję oraz umów ubezpieczenia stanowiących jej kontynuację.

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 pielęgniarerek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

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.

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 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją umowy, do której niniejszym przystępuję oraz umów ubezpieczenia stanowiących jej kontynuację.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych, również w przypadku nie objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową lub jej wygaśnięcia oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. 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 2002 r. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.) NIE: ☐

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

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie, również w przeszłości, a także nie leczyłem/łam i nie leczę się się z powodu żadnego z poniższych schorzeń:

- wad wrodzonych i rozwojowych, wad lub chorób serca, zawału serca, przewlekłych chorób płuc, udaru mózgu, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności – HIV, żółtaczką typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.

Nie orzeczono u mnie znacznego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, w poprzednim stanie prawnym: I grupa inwalidztwa), umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy, w poprzednim stanie prawnym: II grupa inwalidztwa) lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane w deklaracji 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.

miejscowość i data złożenia deklaracji zgody

podpis składającego deklarację zgody

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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