

**SUPER GWARANCJA**

**WNIOSEK O INDYWIDUALNĄ KONTYNUACJĘ UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA**

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

\_\_\_\_\_  
Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa      P \_\_\_\_\_  
ID POLISA-ŻYCIE      ID Pośrednika      Rodzaj Pośrednika      Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa  
UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.      Agent/Broker

**STATUS UBEZPIECZANEGO (zaznacz właściwe):**

Ubezpieczony (pracownik):       Ubezpieczony (małżonek pracownika):       Wdowa/Wdowiec (Konkubina/Konkubent):

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO**

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia / dzień: \_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_ Obywatelstwo: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_      Seria i numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_      E-mail: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania:

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

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

Adres do korespondencji:

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

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

Suma ubezpieczenia: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

Składka: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

Składka będzie opłacana (zaznacz właściwe):      miesięcznie:       kwartalnie:       półrocznie:       rocznie:

Wnioskowana data początku odpowiedzialności:

następnego dnia po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki

pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu złożenia wniosku i wpłaceniu pierwszej składki

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

a) zgodny z zawartą umową ubezpieczenia      TAK:

b) ryzyka wybrane przez Ubezpieczającego spośród ryzyk obowiązujących w umowie ubezpieczenia\*

RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	Zakres	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):			
1) zgon Ubezpieczonego	50%-500%		
w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):			
2) zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	10%-500%		
3) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt 2), jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		

\* Nie dotyczy umów zawartych po 01.01.2013 r.

4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt 2), jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w pkt 2), jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-200%		
6)	zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	10%-200%		
7)	zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci)	10%-100%		
8)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:			
	- za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu	1%-5%		
	- za 100% uszczerbku na zdrowiu	100%-500%		
9)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Ubezpieczonego	10%-50%		
10)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia	pobyt w szpitalu		
		pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem**		
11)	narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu (dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecka własnego)	5%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
12)	narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu (dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecka własnego)	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
13)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	10%-100%		
14)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w pkt 13), o ile ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
15)	zgon Dziecka Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
16)	zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w pkt 15), o ile ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony)	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
17)	zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Ubezpieczonego	5%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
18)	zgon Rodziców lub Macochy/Ojczyrna Małżonka lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w zależności od treści umowy grupowej	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
19)	wystąpienie poważnego zachorowania u Małżonka lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, w zależności od treści umowy grupowej, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		
20)	wystąpienie poważnego zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Dziecka	10%-50%, jednak nie więcej niż limit wskazany w umowie grupowej		

**Deklaruję chęć zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** TAK  NIE

W przypadku wybrania odpowiedzi „TAK”, prosimy o wypełnienie wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych

### WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
<b>ŁĄCZNIE</b>				<b>100 %</b>

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

\*\* Dotyczy wyłączenie umów indywidualnej kontynuacji zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”, obowiązujących przed 01.02.2006 roku.

## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I *	<p>Oświadczam, że zapoznałem się oraz wszystkie osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony, jako osobie, której dane dotyczą. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z opcją ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA.</p>
SEKCJA II *	<p>Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA, stanowiące treść grupowej umowy ubezpieczenia, o której indywidualną kontynuację wnoszę, skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, a także zasady rozpatrywania reklamacji w Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję. Przyjmuję do wiadomości, iż od dnia wskazanego na polisie, jako pierwszy dzień odpowiedzialności, ww. ogólne warunki ubezpieczenia stanowią będą treść łączącej mnie z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA.</p>
	<p>Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.</p>
SEKCJA III *	<p>Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.</p>
	<p>Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje o okolicznościach związanych z o ceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA II *	<p>Wyrażam zgodę, na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group przetwarzała moje dane osobowe dotyczące stanu zdrowia, podane w niniejszym wniosku oraz zebrane lub udostępnione Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA II *	<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Wyrażam zgodę na przesyłanie mi dokumentów potwierdzających objęcie ochroną, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z umową ubezpieczenia, do której przystępuję, wybierając jako formę kontaktu:</p>
SEKCJA III	<p>Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA III	<p>Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:</p>
SEKCJA III	<p>Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA IV	<p>Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

## WYPEŁNIA PRACODAWCA

Numer umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA: \_\_\_\_\_

Należna za Ubezpiezonego składka wpłacana była nieprzerwanie przez okres: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miesięcy

Pierwsza należna za Ubezpiezonego składka wpłacona została za miesiąc: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ w wysokości

\_\_\_\_\_ PLN

Ostatnia należna za Ubezpiezonego składka wpłacona została za miesiąc: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ w wysokości

\_\_\_\_\_ PLN

Data rozwiązania stosunku pracy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dzień: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

Powód rozwiązania stosunku pracy: \_\_\_\_\_

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

\_\_\_\_\_ pieczęć i podpis przedstawiciela zakładu pracy

Jako Pośrednik oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczanego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

\_\_\_\_\_ pieczęć i podpis Pośrednika

\_\_\_\_\_ POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

\_\_\_\_\_ pieczęć i podpis osoby reprezentującej POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

\* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, umowa indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA nie zostanie zawarta.