

BEZPIECZNY NA DRODZE

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

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

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

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię / imiona: _____
Nazwisko: _____
Data urodzenia / dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____ Obywatelstwo: _____
PESEL: _____ Seria i numer dowodu osobistego: _____
Pełna nazwa / wpis: _____ lub pieczęć: _____
Nr telefonu: _____ E-mail: _____
Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:
ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____
kod pocztowy: _____ - _____ miejscowość: _____

DANE 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: _____

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres _____ lat
z sumą ubezpieczenia w wysokości: 2 500 PLN 5 000 PLN 7 500 PLN 10 000 PLN 15 000 PLN 20 000 PLN
Zobowiązuję się do opłacania należnej składki: rocznie półrocznie (możliwość wyboru dla sumy ubezpieczenia powyżej 10 000 PLN)
 jednorazowo za cały okres ubezpieczenia
Składka _____ PLN 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 dodatkowego ubezpieczenia Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TAK NIE

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

DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZANYM

Czy Ubezpieczany 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 Ubezpieczany wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe? TAK NIE

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

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczany)

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

ŁĄCZNIE 100 %

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

OŚWIADCZENIA

SEKCJA I *

- 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. UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy terminowego ubezpieczenia na życie i od następstw wypadków komunikacyjnych BEZPIECZNY NA DRODZE. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie i od następstw nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych BEZPIECZNY NA DRODZE o symbolu BRP-1318 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
- Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.
- 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 oceną 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. UBEZPIECZANY TAK NIE
- 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 udzielił 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. UBEZPIECZANY TAK NIE

SEKCJA II *

- 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. UBEZPIECZANY TAK NIE
- 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. UBEZPIECZANY TAK NIE

SEKCJA III

- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z zawartą przedmiotem ubezpieczenia, wybierając jako formę kontaktu:
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)
UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)
UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
- 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. UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
- 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:
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)
UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)
UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE
- 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 siedzibą 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. UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE

SEKCJA IV

- 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. UBEZPIECZANY TAK NIE UBEZPIECZAJĄCY TAK NIE

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

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

podpis Ubezpieczającego (dotyczy umów, w których Ubezpieczający nie jest jednocześnie Ubezpieczanym)

podpis Ubezpieczonego

Jako Pośrednik 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

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 ubezpieczenia nie zostanie zawarta.