POLISA-ŻYCIE
UBEZPIECZENIA

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

POLISA DLA CIEBIE

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

UWAGA ! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA
WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X"

D D - M M - R R R R
Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZANEGO

Imię / imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia:* D D - M M - R R R R Dokument stwierdzający tożsamość: Seria, numer, oznaczenie:

PESEL: Obywatelstwo: Miejsce urodzenia: Państwo urodzenia:

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

Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest łącznie ze składką należną z tytułu Umowy Podstawowej i wynosi: PLN

słownie:

Częstotliwość opłacania składki z tytułu Umowy Dodatkowej wynika z Umowy Podstawowej.

Data początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej: dzień: miesiąc: rok:

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Wysokość świadczenia
zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100% sumy ubezpieczenia

CL/BRP-1618/PZU/WniosekDodatkowa/vs.1/2023

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I *

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem Umowy Dodatkowej.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1618 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku Dystrybutor ubezpieczeń przekazał mi dokument, zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że dokument o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawieranej umowy ubezpieczenia.
- 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. ☐ 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 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. ☐ TAK ☐ NIE

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

podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczanego

D D - M M - R R R R

Data podpisania wniosku

miejscowość

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczającego / Ubezpieczanego oraz poprawność danych na podstawie okazanych mi dokumentów tożsamości / w inny dopuszczony przepisami prawa polskiego sposób, w tym na podstawie aplikacji mObywatel. Potwierdzam, że podpisy zostały złożone przez powyżej wskazane osoby, których ten wniosek dotyczy.

AGENT /BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

☐ Agent ☐ Broker

OFWCA

ID osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

AGENT

ID Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Dystrybutor ubezpieczeń

OFWCA

ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

(OFWCA - Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym)

* W przypadku wypełnienia pola „NIE" lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK", „NIE" w danej sekcji, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.