

Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

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

DANE UBEZPIEZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO PRACOWNIK MAŁŻONEK PARTNER PEŁNOLETNIE DZIECKO

Nazwisko i imię _____ Obywatelstwo _____ Płeć K, M
Data urodzenia* DD - MM - RR, RR, R Miejsce urodzenia _____ Państwo urodzenia _____ PESEL _____

Dokument stwierdzający tożsamość _____ Seria, numer, oznaczenie _____

Adres zamieszkania _____
Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ E-mail: _____

* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Rodzaj Uposażonego	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

UWAGA

Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia grupowego powinna zostać opłacona nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia Polisy. Blankiety wpłat składek z numerem rachunku Towarzystwa będą dołączone do Polisy.

Przyjmuję do wiadomości, iż indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia nie jest objęte Karencją, jeśli wniosek wpłynię do Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group nie później niż w ciągu pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za daną osobę ostatnią Składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego.

PROPONOWANA DATA ROZPOCZĘCIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ 01 - MM - RR, RR, R

Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia grupowego (zgodnie z wybraną częstotliwością opłacania) _____, ____ zł

Częstotliwość opłacania Składki: roczna półroczna kwartalna

UWAGI

INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W VIENNA LIFE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP (wypełnia zakład pracy)

Numer Polisy (umowa grupowa) _____

Nazwa i siedziba _____

REGON _____

Data przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego DD - MM - RR, RR, R

pieczęć firmowa zakładu pracy

Data wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego DD - MM - RR, RR, R

Miesiąc, za który opłacono ostatnią Składkę za ubezpieczenie grupowe MM - RR, RR, R

INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W VIENNA LIFE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP (wypełnia zakład pracy)

Powód ubiegania się o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego: przejście na emeryturę rozwiązanie stosunku pracy śmierć Pracownika

urlop bezpłatny urlop wychowawczy inny, jaki? _____

Data DD - MM - RR, RR, R

miejsce _____

pieczęć i podpis osoby reprezentującej zakład pracy

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO

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 na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej, w tym na wysokość sum ubezpieczeń, świadczonej przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, do której niniejszy wniosek jest składany.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone następujące dokumenty: Umowa ubezpieczenia, ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, z którymi to dokumentami zapoznałem się i je akceptuję. Zapoznałem się z zakresem ubezpieczenia, a także z wysokością sum ubezpieczenia i je akceptuję.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Vienna Life 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 Vienna Life 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 Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. TAK NIE

SEKCJA II

- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi środkami komunikacji elektronicznej informacji, o których mowa w art. 20 ust. 2-4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie moich danych osobowych podanych przeze mnie lub pozyskanych w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia, we własnych celach marketingowych: po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. TAK NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Vienna Life 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) połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe podane przeze mnie lub pozyskane w trakcie wykonywania Umowy Ubezpieczenia, w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia były przekazywane przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu ich przetwarzania oraz podejmowania wobec mnie decyzji opartych o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie w celach marketingowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group. TAK NIE

DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO**

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. TAK NIE

W przypadku odpowiedzi TAK prosimy o uzupełnienie poniższego

Oświadczam, że źródło pochodzenia mojego majątku jest następujące:

- działalność gospodarcza,
- umowa o pracę,
- umowa zlecenia/ o dzieło,
- emerytura,
- inne, jakie? _____

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i zobowiązuję się jego aktualizacji w przypadku zmiany okoliczności w nim wskazanych.

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

Data DD - MM - RR RR

miejsowość _____

podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego _____

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

** WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

PRZEZ OSOBY ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- j) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa w lit. a-g, i, j, określa Rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 27 lipca 2021 r. w sprawie wykazu krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami publicznymi.

PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISCY WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.