**PAKIET VIP + wiek wstępu od 18 – 59 r.ż.**

**PAKIET VIP 18 – 65r.ż.**

DANE POTRZEBNE DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA

IMIĘ I NAZWISKO…………………………………………… ADRES ZAMIESZKANIA…………………………………………………..

ADRES KORESPONDENCYJNY…………………………………..E-MAIL………………………………………….NR TEL………………....OBYWATELSTWO………………….

PAŃSTWO I MIEJSCE URODZENIA…………………………………………….PESEL……………………………SERIA I NR DOW.OS…………………………………………….

UPOSAŻENI IMIĘ NAZWISKO I PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

WYBRANY WARIANT UBEZPIECZENIA ……………………………………………

Oświadczenia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAK NIE \*** | | Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. 1) | | | |
| **TAK NIE \*** | | Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP PLUS w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia. 1) | | | |
| **TAK NIE \*** | | Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie VIP PLUS o symbolu BRP-2119, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia oraz Regulamin Uczestnictwa w Programie Pakiet Usług Assistance, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję. 1) | | | |
| **TAK NIE \*** | | Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-0321. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia. | | | |
| **TAK NIE \*** | | Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki umowy dodatkowej DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-0321, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję. | | | |
| **TAK NIE \*** | | 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. 1) | | | |
| **TAK NIE \*** | | Wyrażam zgodę na udział w Programie "Pakiet Usług Assistance", na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie "Pakiet Usług Assistance". 1) | | | |
| **TAK NIE \*** | | Oświadczam, iż w związku z udziałem w Programie "Pakiet Usług Assistance" otrzymałem informację na temat przetwarzania moich danych osobowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu 1) 3). | | | |
| **TAK NIE \*** | | Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą. 1) | | | |
|  | |  | | | |
| **TAK NIE \*** | | Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej. 1) | | | |
| **TAK NIE \*** | | 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. 1) | | | |
| **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. 1 | | | |
| **TAK NIE \*** | | 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 Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group 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, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group 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: W trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. | | |
| **TAK  NIE** | Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń 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) | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAK NIE** | | Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń 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: 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 Compensa 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 \*** | | | Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń. | |

Oświadczenie o stanie zdrowia

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Wykonywany zawód** |

**2. W celu określenia Pani/Pana współczynnika BMI proszę o podanie Pani/Pana wagi w kg:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.** | | **W celu określenia Pani/Pana współczynnika BMI proszę o podanie Pani/Pana wzrostu w cm:** | |
| **4.** | **Czy leczył/ leczyła się Pan/i lub rozpoznano u Pana/i którekolwiek ze schorzeń: choroba serca, choroba układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nowotwór, choroba trzustki, choroba wątroby, choroba nerek, choroba przewodu pokarmowego, niewydolność oddechowa, choroba neurologiczna, udar mózgu, paraliż, zaburznia psychiczne, zakażenie wirusem HIV, HCV lub HBV?** | |
| **5.** | **Czy rozpoznano u Pana/i chorobę inną niż wymieniona powyżej lub czy wystąpił u Pana/i uraz, które skutkowały długotrwałym leczeniem i/lub niezdolnością do pracy i/lub następstwami odległymi w czasie?** | |
| **6.** | **Czy w ciągu ostatnich 2 lat był/a Pan/i niezdolny/a do pracy z powodu choroby dłużej niż 30 kolejnych dni (z wyłączeniem złamań/ skręceń kończyn, chorób kręgosłupa, ciąży)?** | |
| **7.** | **Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/i w szpitalu celem diagnostyki lub leczenia (z wyłączeniem złamań/ skręceń kończyn, chorób kręgosłupa, ciąży)?** | |
| **8.** | **Czy posiada Pan/i świadczenie rentowe lub czy orzeczono u Pana/i niezdolność do pracy?** | |
| **9.** | **Czy stwierdzono u Pana/i uzależnienie od alkoholu, narkotyków, innych używek lub był/a Pan/i leczony/a z powodu zatrucia alkoholem, narkotykami lub innymi używkami (dopalacze) lub ich przedawkowania?** | |

Oświadczenie PEP

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem 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. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity).** |  |
| WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:   1. szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów, 2. członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów, 3. członków organów zarządzających partii politycznych, 4. członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych, 5. członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP, 6. ambasadorów, chargés d’affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, 7. członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych, 8. dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach, 9. dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.   PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISCY WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE rozumie się przez to:   1. 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,   1. 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:   1. małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, 2. dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, 3. rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne. | |

………………………………………………………………………

PODPIS UBEZPIECZONEGO