

pieczęć RBH/Przedstawicielstwa	ID Pośrednika	Rodzaj pośrednika Agent/Broker	Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa
-----------------------------------	------------------	-----------------------------------	--

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZANEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Imię / imiona: _____
 Nazwisko: _____
 Data urodzenia / dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____
 PESEL: _____
 Symbol dokumentu tożsamości¹⁾ _____ Seria i numer: _____
 Obywatelstwo: _____

¹⁾ Symbole dokumentów tożsamości: DO - dowód osobisty, PA - paszport, DT - dowód tymczasowy, KP - karta pobytu, OO - inny (w przypadku wpisania symbolu „OO” należy podać rodzaj dokumentu)

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:
 ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____
 kod pocztowy: _____ - _____ miejscowość: _____
 nr telefonu: _____ e-mail: _____

Czy Ubezpieczany (Ubezpieczający) osiąga przychody lub prowadzi działalność gospodarczą w ramach niżej wymienionych branż:
 Handel złomem Komisy samochodowe Kantory wymiany walut Kluby nocne, restauracje, kawiarnie Firmy zajmujące się handlem paliwami, materiałami opałowymi Lombardy Pośrednicy w handlu towarami luksusowymi, jak np.: dziełami sztuki, antykami, kamieniami szlachetnymi, wyrobami jubilerskimi Kasyna gry, podmioty organizujące gry losowe i zręcznościowe Firmy zajmujące się szeroko rozumianymi usługami doradczymi (konsultingowymi) Firmy zajmujące się przekazami pieniężnymi Handel bronią i sprzętem wojskowym Pośrednicy w handlu nieruchomościami

Dane dotyczące Terminowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „INVEST POLISA”
 Składam wniosek o zawarcie umowy na podstawie Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „INVEST POLISA” na okres:
 (postawić X przy wybranym okresie)

5 lat	<input type="checkbox"/>
10 lat	<input type="checkbox"/>

Deklaruję miesięczną składkę w wysokości: _____ zł
 słownie: _____

Deklaruję sumę wpłat w wysokości: _____ zł (62 x miesięczna składka w przypadku 5 letniego okresu)
 (124 x miesięczna składka w przypadku 10 letniego okresu)
 Wysokość pierwszej składki wynosi: _____ zł (trzykrotność miesięcznej składki w przypadku 5 letniego okresu)
 (pięciokrotność miesięcznej składki w przypadku 10 letniego okresu)

Wybieram Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy nr:

1	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE - PKO AKCJI PLUS
2	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE - PKO AKCJI NOWA EUROPA
3	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE - PKO ZRÓWNOWAŻONY
4	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE - PKO AKCJI RYNKU AMERYKAŃSKIEGO
5	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE - PKO AKCJI RYNKU JAPOŃSKIEGO
6	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE - PKO STABILNEGO WZROSTU
7	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE - PKO OBLIGACJI DŁUGOTERMINOWYCH
8	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE inwestujący w ARKA BZ WBK AKCJI FIO
9	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE inwestujący w ARKA BZ WBK STABILNEGO WZROSTU FIO
10	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE inwestujący w ARKA BZ WBK ZRÓWNOWAŻONY FIO
11	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE inwestujący w LEGG MASON AKCJI FIO
12	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy POLISA-ŻYCIE inwestujący w LEGG MASON SENIOR SFIO

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ:

Z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group wypłaca uprawnionym, w zależności od rodzaju zdarzenia, jedno z poniższych świadczeń:

1. Zgon Ubezpieczonego - 100 zł oraz wartość świadczenia kapitałowego
2. Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - 2000 zł oraz wartość świadczenia kapitałowego

WSKAZANIE BENEFICJENTA / ÓW (wypełnia Ubezpieczony, prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ŁĄCZNIE				100 %

BENEFICJENT ZASTĘPCZY (wypełnia Ubezpieczony, prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ŁĄCZNIE				100 %

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

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach Terminowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „INVEST POLISA”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/łam Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „INVEST POLISA”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 84/2007 z dnia 24 maja 2007 roku, Regulamin wybranego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, Tabelę Opłat i Prowizji do Terminowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „INVEST POLISA”, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, a także Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem /am i których treść akceptuję.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2014 roku poz. 1182 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją niniejszej umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych, również w przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej wygaśnięcia oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. NIE:

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie ww. adresu e-mail do przesyłania przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie zmian warunków tej umowy oraz rozpatrywania reklamacji. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.) NIE:

Zostałem /am poinformowany /a o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składałem dobrowolnie, a podane we wniosku informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

Oświadczam, że środki wpłacone tytułem składki ubezpieczeniowej pochodzą: z moich oszczędności / z innych źródeł tj. *)

*) niepotrzebne skreślić oraz w przypadku, gdy źródło pochodzenia środków jest inne niż oszczędności, należy podać jakie.

Data podpisania wniosku

podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

„POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group
pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek