

5. PODZIAŁ SKŁADKI POMIĘDZY FUNDUSZE

Nazwa Funduszu	Procent składki
Fundusz Zrównoważony (FM01)	
Fundusz Stabilnego Wzrostu (FM02)	
Fundusz Europejski (FM03)	
Fundusz Dolarowy (FM04)	
Fundusz Gwarantowanego Zysku (FM08)	
Fundusz Aktywnego Inwestowania (FM09)	
.....	
Razem 100% składki	

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że w chwili obecnej nie jestem leczona/y szpitalnie ani ambulatoryjnie, jak też nie pozostaję w okresie diagnostyki (badań) z powodu następujących chorób: nowotworów złośliwych, stwardnienia rozsianego, przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, udaru mózgu oraz chorób układu krążenia, oddechowego i moczowego w okresie ich niewydolności, jak też innych stanów chorobowych wymagających stałej pomocy osób drugih.

OŚWIADCZENIE OSÓB PODPISANYCH NA WNIOSKU JAKO UBEZPIECZONY I UBEZPIECZAJĄCY

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji, odpowiedzialność BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group może zostać wyłączona lub ograniczona na zasadach określonych w przepisach Kodeksu Cywilnego.

Przyjmuję również do wiadomości, iż w okresie od dnia następnego po wypełnieniu niniejszego wniosku do dnia zaakceptowania ryzyka (nie wcześniej jednak niż do dnia następnego po dacie opłacenia składki w pełnej wysokości) BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group nie ponosi odpowiedzialności.

Podpisując niniejszy wniosek o ubezpieczenie potwierdzam otrzymanie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Jednorazową.

Jako Ubezpieczony, upoważniam BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących: mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia oraz okoliczności związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych na temat stanu zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia lub wysokości świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, u wszystkich lekarzy, u których zasięgałem(-am) porad lub przez których byłem(-am) badany(a) albo leczony(a), co dotyczy również wszelkich placówek medycznych (przychodni, szpitali, itp.). Jednocześnie, upoważniam BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group do zasięgnięcia informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w innych zakładach ubezpieczeń, w których składałem(am) wniosek o ubezpieczenie na życie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku i innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi oraz ich przekazywanie za granicę w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz zawarcia i obsługi ubezpieczenia. W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia, jej rozwiązania, wygaśnięcia lub wypłaty świadczenia, zgadzam się również na przetwarzanie moich danych w celach archiwalnych. Zgoda taka obejmuje przetwarzanie moich danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zmienił się cel przetwarzania.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania, jak również o tym, że obowiązek podania tych danych wynika z art. 815 Kodeksu Cywilnego ze względu na złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie.

Poinformowano mnie o tym, że administratorem moich danych osobowych jest BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Rydygiera 21.

Ubezpieczający przyjmuje do wiadomości, że w przypadku zwrotu składki przez Towarzystwo, składka zostanie przelana na rachunek bankowy

nr:
W przypadku braku danych dotyczących rachunku bankowego, ww. składka zostanie przesłana przekazem pocztowym, na podany w niniejszym wniosku adres korespondencyjny Ubezpieczającego, na koszt Ubezpieczającego.

UBEZPIECZONY/PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
MAŁOLETNIEGO UBEZPIECZONEGO (OJCIEC, MATKA,
OPIEKUN PRAWNY)

UBEZPIECZAJĄCY

PRZEDSTAWICIEL TOWARZYSTWA

.....
Imię i nazwisko (litery drukowane)

.....
Imię i nazwisko (litery drukowane)

.....
Imię i nazwisko (litery drukowane)

.....
Data i podpis uznawany za wzór podpisu

.....
Data i podpis uznawany za wzór podpisu

.....
Data i podpis uznawany za wzór podpisu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych, a w szczególności na oferowanie mi nowych produktów BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz prowadzenia badań i analiz marketingowych. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, takich jak imię, nazwisko, rok urodzenia, adres zamieszkania, adres do korespondencji i numer telefonu innym podmiotom prowadzącym działalność w zakresie usług finansowych, w szczególności związanych z ubezpieczeniami na życie, ubezpieczeniami majątkowymi, członkostwem w otwartych funduszach emerytalnych, w celu prowadzenia działań marketingowych polegających na oferowaniu przez te podmioty produktów i usług. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.*

*Skreślić w przypadku braku zgody.

UBEZPIECZONY/PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
MAŁOLETNIEGO UBEZPIECZONEGO (OJCIEC, MATKA, OPIEKUN PRAWNY)

UBEZPIECZAJĄCY

.....
Data i podpis

.....
Data i podpis