BENEFIA
VIENNA INSURANCE GROUP

BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Vienna Insurance Group

WNIOSEK O INDYWIDUALNE TERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE ZE ZWROTEM SKŁADKI – ŻYCIE Z PLUSEM

ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM

Wszystkie informacje podane w niniejszym wniosku traktowane są przez Towarzystwo jako poufne.
Prosimy o udzielenie czytelnych odpowiedzi, drukowanymi literami, na wszystkie pytania.
Wszelkie poprawki mogą być dokonywane wyłącznie przez skreślenie błędnej i wpisanie obok prawidłowej odpowiedzi.
Każda poprawka musi zostać potwierdzona obok podpisem osoby podpisanej na wniosku jako „Ubezpieczony/Ubezpieczający".

WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL TOWARZYSTWA

Nr Przedstawiciela _____

Imię i nazwisko _____

Nr Oddziału / Filii _____

WYPEŁNIA CENTRALA TOWARZYSTWA

Nr Wniosku _____

1. UBEZPIECZONY

Pan ☐ Pani ☐

Nazwisko _____

Imiona _____ / _____

Zawód wykonywany _____

(szczegóły) _____

Data ur. ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (d/m/r/)

Obywatelstwo _____

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zameldowania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Gmina _____

Kod ☐☐-☐☐☐ Miasto _____

Państwo _____

Tel. dom. _____ Tel. kom. _____

e-mail _____

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż stały adres)

_____

_____

_____ tel. _____

2. UBEZPIECZAJĄCY (osoba opłacająca składkę)

Prosimy wypełniać, tylko gdy Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony.

Pan ☐ Pani ☐

Nazwisko _____

Imiona _____ / _____

Data ur. ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (d/m/r/)

Obywatelstwo _____

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zameldowania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Gmina _____

Kod ☐☐-☐☐☐ Miasto _____

Państwo _____

Tel. dom. _____ Tel. kom. _____

e-mail _____

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż stały adres)

_____

_____

_____ tel. _____

3. UPOSAŻENI

Prosimy o wyraźne wypełnienie poniższej tabeli.

Nr	Imię i nazwisko	Adres	Data urodzenia	PESEL	%

ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM ŻYCIE Z PLUSEM

4. SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi przez postawienie znaku X.

a) Polecenie zapłaty: tak ☐ nie ☐ b) Karta płatnicza: tak ☐ nie ☐

5. CZĘSTOTLIWOŚĆ I WYSOKOŚĆ SKŁADKI

A	B	C	D = B x C	E
Zaznacz wybraną częstotliwość opłacania składki	Wysokość składki minimalnej	Wybrana wielokrotność składki minimalnej (np. 1,2... 5, itd.)	Całkowita wysokość składki	Suma ubezpieczenia odpowiadająca wybranej całkowitej wysokości składki
☐ Roczna	360 zł			
☐ Półroczna	180 zł			
☐ Kwartalna	90 zł			

6. ANKIETA MEDYCZNA

Proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania wstawiając X w odpowiednią rubrykę „NIE" lub „TAK".

	NIE	TAK
1. Czy znajduje się Pan(i) obecnie pod opieką lekarską?		
2. Czy w trakcie ostatnich 5 lat był(a) Pan(i) leczony(a) szpitalnie?		
3. Czy w trakcie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan(i) poddać się leczeniu szpitalnemu?		

7. JEŻELI ODPOWIEDŹ NA KTÓREKOLWIEK Z PYTAŃ W PUNKCIE 6 (ANKIETA MEDYCZNA) BRZMIAŁA „TAK" PROSIMY O PODANIE SZCZEGÓŁÓW W ROZSZERZONEJ ANKIECIE MEDYCZNEJ

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 i opłaceniu pierwszej składki do dnia początku ubezpieczenia określonego w polisie, BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group ponosi odpowiedzialność jedynie w przypadku śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku osoby wymienionej w niniejszym wniosku jako „Ubezpieczony" do wysokości sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż do kwoty 10 000 zł i nie dłużej niż przez okres 60 dni.
Podpisując niniejszy wniosek o ubezpieczenie potwierdzam otrzymanie Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie ze Zwrotem Składki „Życie z Plusem".
Jako Ubezpieczony, upoważniam BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group do zasięgania 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 zasięgania 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