**PAKIET SUPER GRUPA wiek wstępu od 18 – 50 r.ż.**

**PAKIET SUPER GRUPA BYDGOSKI wiek wstępu od 18 – 55r.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 SUPER GRUPA w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia. 1) |
| **TAK NIE \*** | Wyrażam zgodę, aby niniejszy wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA w ramach pakietu o numerze wskazanym w niniejszym wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia. |
| **TAK NIE \*** | Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1018 oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję. 1) |
| **TAK NIE \*** | Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem ogólne warunki umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1118 oraz Regulamin Uczestnictwa w Programie Pakiet Usług Assistance, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję. |
| **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 \*** | Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń. |
| **TAK NIE \*** | Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz 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. Oświadczam, że zawierana umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w otrzymanym dokumencie o produkcie ubezpieczeniowym a treścią zawieranej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane. |
| **TAK NIE \*** | Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 oraz 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń, a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów. |
| **TAK NIE \*** | **Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie, również w przeszłości, a także nie leczyłem się i nie leczę się z powodu żadnego z poniższych schorzeń: wad wrodzonych i rozwojowych, wad lub chorób serca, zawału serca, przewlekłych chorób płuc, udaru mózgu, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności - HIV, żółtaczki typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C. Nie orzeczono u mnie znacznego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, w poprzednim stanie prawnym: I grupa inwalidztwa), umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy, w poprzednim stanie prawnym: II grupa inwalidztwa) lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym. Jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.** |

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 POLITYCZNErozumie 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 POLITYCZNErozumie 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