

# Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO**  PRACOWNIK  MAŁŻONEK  PARTNER  PEŁNOLETNIE DZIECKO

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Płeć  K,  M  
Data urodzenia\* DD - MM - RR, RR, RR \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Państwo urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Rodzaj dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania** \_\_\_\_\_  
**Adres do korespondencji** \_\_\_\_\_

Nr tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\* W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

## UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL	Stopień pokrewieństwa
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

### UWAGA

Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia grupowego powinna zostać opłacona nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia Polisy. Blankiety wpłat składek z numerem rachunku Towarzystwa będą dołączone do Polisy.

Przyjmuję do wiadomości, iż indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia nie jest objęte Karencją, jeśli wniosek wpłynie do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group nie później niż w ciągu pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za daną osobę ostatnią Składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego.

PROPONOWANA DATA ROZPOCZĘCIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ 01 - MM - RR, RR, RR

Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia grupowego (zgodnie z wybraną częstotliwością opłacania) \_\_\_\_\_ zł

Częstotliwość opłacania Składki:  roczna  półroczna  kwartalna

### UWAGI

## INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP (wypełnia zakład pracy)

Numer Polisy (umowa grupowa) \_\_\_\_\_

Nazwa i siedziba \_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_

Data przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego DD - MM - RR, RR, RR \_\_\_\_\_

pieczęć firmowa zakładu pracy \_\_\_\_\_

Data wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego DD - MM - RR, RR, RR \_\_\_\_\_

Miesiąc, za który opłacono ostatnią Składkę za ubezpieczenie grupowe MM - RR, RR, RR \_\_\_\_\_

## INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP (wypełnia zakład pracy)

Powód ubiegania się o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego:  przejście na emeryturę  rozwiązanie stosunku pracy  śmierć Pracownika

urlop bezpłatny  urlop wychowawczy  inny, jaki? \_\_\_\_\_

Data DD - MM - RR, RR, RR \_\_\_\_\_

miejscowość \_\_\_\_\_

pieczęć i podpis osoby reprezentującej zakład pracy \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO**

SEKCJA I\*

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej, w tym na wysokość sum ubezpieczeń, świadczonej przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, do której niniejszy wniosek jest składany.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone następujące dokumenty: Umowa ubezpieczenia, ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, z którymi to dokumentami zapoznałem się i je akceptuję. Zapoznałem się z zakresem ubezpieczenia, a także z wysokością sum ubezpieczenia i je akceptuję.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
- 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.  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 udzielił 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.  TAK  NIE

SEKCJA II

- Wyrażam zgodę na przysyłanie 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. 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  
w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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  
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

**DEKLARACJA W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO\*\***

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą exponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej exponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej exponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r.  TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia „TAK” prosimy o wypełnienie części A i B poniżej.

**CZĘŚĆ A**

**Źródło pochodzenia majątku oraz środków na finansowanie składki:**

- wynagrodzenie,
- dochody z prowadzonej działalności gospodarczej,
- oszczędności,
- spadek,
- sprzedaż wartości majątkowych,
- wygrana w grach losowych,
- inne, jakie? \_\_\_\_\_

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

**CZĘŚĆ B**

Wymagana, gdy:

- w części A zaznaczono „dochody z prowadzonej działalności gospodarczej”,
- uzyskano informacje od Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, że prowadzi działalność gospodarczą,
- deklarację wypełnia przedsiębiorca.

Rodzaj prowadzonej przez Klienta działalności gospodarczej \_\_\_\_\_

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

Data  D D - M M - R R R R

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

\* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.

\*\* 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 osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub rządów banków centralnych,
- ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących exponowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa w lit. a-g, i, j, określa Rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 27 lipca 2021 r. w sprawie wykazu krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących exponowanymi stanowiskami publicznymi.

**PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISCY WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą exponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- 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 exponowane stanowisko polityczne.

**PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE** – rozumie się przez to:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą exponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej exponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej exponowane stanowisko polityczne.