

**DEKLARACJA ZGODY**

PRZYSTĄPIENIA DO OTWARTEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY „SUPER GRUPA”

Nr polisy:  -  -  pieczęć RBH/Przedstawicielstwa ID Agenta Data wpływu do RBH / Przedstawicielstwa**DANE PRZYSTĘPUJĄCEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)**Imię / imiona: Nazwisko: Data urodzenia / dzień:  miesiąc:  rok:  Imię ojca: Seria i numer dowodu osobistego:  PESEL: 

Adres zameldowania:

ulica:  nr domu:  nr mieszkania: kod pocztowy:  -  miejscowość: nr telefonu, fax:  e-mail: 

Adres korespondencyjny (prosimy wypełnić, jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż adres zameldowania):

ulica:  nr domu:  nr mieszkania: kod pocztowy:  -  miejscowość: 

Zakres ochrony ubezpieczeniowej zgodny z zawartą umową ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia:  zł. słownie: Składka dla 1 osoby:  zł słownie: Składka będzie opłacana (zaznacz właściwe): miesięcznie:  kwartalnie:  półrocznie:  rocznie: **Dodatkowe informacje na temat ubezpieczenia**

Początek odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.

dzień:  01 miesiąc:  rok: **WSKAZANIE BENEFICJENTA / ÓW (wypełnia Przystępujący, prosimy wypełnić drukowanymi literami)**

Na podstawie § 4 ust. 4 Ogólnych Warunków Otwartego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GRUPA wskazuję:

**jako BENEFICJENTA I**Imię / imiona: Nazwisko: PESEL:  lub : Data urodzenia / dzień:  miesiąc:  rok: procent udziału w kwocie świadczenia:  %**jako BENEFICJENTA II**Imię / imiona: Nazwisko: PESEL:  lub : Data urodzenia / dzień:  miesiąc:  rok: procent udziału w kwocie świadczenia:  %

jako BENEFICJENTA III

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ lub : Data urodzenia / dzień: \_\_\_\_\_ miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

procent udziału w kwocie świadczenia: \_\_\_\_\_ %

### OŚWIADCZENIE SKŁADAJĄCEGO DEKLARACJĘ ZGODY

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie lub nie lecę się z powodu żadnego z poniższych schorzeń:

- wad serca, choroby wieńcowej, zawału serca, udaru mózgu, nowotworu złośliwego, chorób psychicznych, HIV, żółtaczkę typu 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.

Niniejszym oświadczam, że podane w deklaracji informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych nieprawdziwych lub niekompletnych, uprawnia Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” S.A. do odmowy wypłaty świadczenia.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, otrzymałem/ otrzymałam Ogólne Warunki Otwartego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GRUPA, zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” S.A. Uchwałą nr ..... z dnia ..... roku, których treść akceptuję. Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

Przyjmuję do wiadomości, iż stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzekany jest na podstawie Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. od zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę, aby ta deklaracja i zawarte w niej informacje były podstawą do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową. Przyjmuję do wiadomości, że deklaracja niniejsza podlega weryfikacji przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.

(tekst jednolity Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) przez „POLISA-ŻYCIE” S.A.: w celach marketingowych

NIE

Jednocześnie upoważniam „POLISA-ŻYCIE” S.A. do przesyłania za pomocą usług pocztowych i środków komunikacji elektronicznej informacji dotyczących oferowanych produktów i usług, w tym również na otrzymywanie 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

\_\_\_\_\_ miejscowość i data złożenia deklaracji zgody

\_\_\_\_\_ podpis składającego deklarację zgody

KARENcja (wypełnia przedstawiciel „POLISA-ŻYCIE” S. A.)

\_\_\_\_\_ data i podpis przedstawiciela „POLISA-ŻYCIE” S.A.