

Nr wniosku

Pieczęć pośrednika ubezpieczeniowego



VIENNA INSURANCE GROUP

Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie ul. Cybernetyki 7, 02-677 Warszawa Centrala tel.: +48 22 460 22 22 fax: +48 22 332 17 55 Infolinia: 801 888 000 www.skandia.pl

Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Posagowego

„Smart Start”

1. Ubezpieczający / Ubezpieczony

Płeć: kobieta [ ] mężczyzna [ ] Stan cywilny: wolny/wolna [ ] żonaty/zamężna [ ] Obywatelstwo: polskie [ ] inne [ ]

Nazwisko Imię

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Seria i Nr dowodu tożsamości PESEL NIP

Telefon Telefon komórkowy Zawód wykonywany

E-mail

Adres zameldowania Kraj

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Adres korespondencyjny Kraj

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć wszystkie właściwe): e-mail [ ] SMS [ ] Tel. komórkowy [ ] Tel. stacjonarny [ ] Dogodne godziny kontaktu: [ ]

2. Ubezpieczone Dziecko

Nazwisko Imię

Data urodzenia PESEL

Adres korespondencyjny Kraj

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

3. Warunki zawarcia Umowy

Suma Ubezpieczenia: [ ] PLN

Wysokości Składek w zależności od wieku Ubezpieczonego na dzień podpisania wniosku o zawarcie Umowy oraz wysokości Sumy Ubezpieczenia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

Table with 4 columns: Wiek, SU, 12 000 PLN, 24 000 PLN, 36 000 PLN. Rows for ages 18-49, 50-59, 60-64.

**4. Nr rachunku bankowego Ubezpieczającego do wykonywania Umowy**

\_\_\_\_\_

Nr rachunku bankowego

(do czasu wskazania innego numeru wszelkie płatności realizowane na rzecz Ubezpieczającego będą dokonywane na wskazany powyżej numer rachunku bankowego)

**5. Ankieta medyczna Ubezpieczającego/Ubezpieczonego**

1. Czy kiedykolwiek Pana (Pani) wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie/ubezpieczenia zdrowotnego został w jakimkolwiek Towarzystwie Ubezpieczeniowym odrzucony z przyczyn medycznych?  
 TAK  NIE
2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywał Pan (przebywała Pani) na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni, z wyjątkiem zwolnienia lekarskiego związanego z leczeniem następstw urazu, zwolnienia lekarskiego z powodu opieki nad członkiem rodziny, zwolnienia lekarskiego z powodu ciąży (chorób związanych z ciążą), zwolnienia lekarskiego z powodu operacji usunięcia: wyrostka robaczkowego, migdałków podniebiennych, pęcherzyka żółciowego?  
 TAK  NIE
3. Czy kiedykolwiek były diagnozowane lub zostały rozpoznane u Pana (Pani) niżej wymienione choroby lub leczy/leczył się Pan (leczy/leczyła się Pani) z powodu niżej wymienionych chorób: choroba niedokrwienna serca (wieńcowa) bez/z zawałem mięśnia sercowego, wada serca, kardiomiopatia, cukrzyca wymagająca insulinoterapii, udar mózgu, nowotwór złośliwy (w tym chłoniaki, białaczka, szpiczak), przewlekła obturacyjna choroba płuc, toczeń rumieniowaty układowy, marskość wątroby, przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek, nosicielstwo wirusa HIV/pełnoobjawowy AIDS?  
 TAK  NIE

W przypadku podania nieprawdziwych lub zatajenia prawdziwych informacji, Skandia Życie TU S.A. ma prawo nie wypłacić Świadczenia, a jedynie Świadczenie Wykupu na zasadach określonych w OWU. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie Umowy, jak również dodatkowych informacji podanych na zapytanie Ubezpieczyciela oraz w innych dokumentach dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, dokonywana jest ocena ryzyka, w wyniku której Skandia Życie TU S.A. zastrzega sobie prawo zaproponowania przed zawarciem Umowy innych warunków ubezpieczenia niż te, które wynikają z OWU lub z wniosku o zawarcie Umowy.

**6. Warunki dodatkowe / Uwagi**

Proszę o wprowadzenie następujących zmian w Umowie:

\_\_\_\_\_

Potwierdzam, że otrzymałem, zapoznałem się z treścią i akceptuję następujące dokumenty:

\_\_\_\_\_

**7. Potwierdzenie otrzymania OWU**

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem i zapoznałem się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Posagowego „Smart Start”, o indeksie:

**O W - R - S T A R -** \_\_\_\_\_

których odbiór niniejszym potwierdzam.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_

Czytelny podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego\*

**Klauzula informacyjna**

Informujemy, że Administratorem danych osobowych jest Skandia Życie TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Cybernetyki 7. Dane będą przetwarzane przez Administratora zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, celach archiwalnych oraz w celach informacyjnych, marketingowych, promocyjnych produktów Skandia Życie TU S.A., w tym składania ofert, a od momentu zawarcia umowy ubezpieczenia - w celu jej wykonania. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody, określonej w punktach 2 poniżej, dane osobowe będą przetwarzane także w celu zaprezentowania oferty podmiotów współpracujących ze Skandia Życie TU S.A.

Dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach, jak również mogą być przekazywane reasekuratorom wykonującym działalność na rzecz Skandia Życie TU S.A., w tym za granicę, do krajów dających gwarancję ochrony danych osobowych, w zakresie odpowiadającym przepisom obowiązującym na terenie RP. Informujemy również, iż na podstawie zgody udzielonej przez GIODO, Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane do spółek, których siedziba znajduje się w Republice Indii, w celach związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia i jej wykonywaniem.

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy ubezpieczenia. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych.

**Oświadczenie Ubezpieczającego / Ubezpieczonego**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgromadzonych przez Skandia Życie TU S.A. w celach wskazanych w niniejszym wniosku.
2.  **Wyrażam** /  **nie wyrażam** zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu prezentowania oraz oferowania przez Skandia Życie TU S.A. produktów bądź usług podmiotów współpracujących ze Skandia Życie TU S.A.
3.  **Wyrażam** /  **nie wyrażam** zgodę na przesyłanie mi środkami komunikacji elektronicznej, na zasadach określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, informacji, których obowiązek przekazania wynika z tej ustawy, w tym informacji o wysokości świadczeń przysługujących mi z Umowy, jeżeli ich przekazanie w tej formie wymaga uzyskania zgody.
4.  **Wyrażam** /  **nie wyrażam** zgodę na przesyłanie informacji handlowych środkami komunikacji elektronicznej.
5.  **Wyrażam** /  **nie wyrażam** zgodę na kontaktowanie się ze mną przez Skandia Życie TU S.A. celem przedstawienia oferty marketingowej za pomocą telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących.
6. Upoważniam Skandia Życie TU S.A. do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia i przyczyn mojej śmierci (z wyłączeniem badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie Skandia Życie TU S.A. wszelkich informacji i dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia oraz o przyczynach mojej śmierci, o które Skandia Życie TU S.A. będzie zapytywać lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Upoważniam Skandia Życie TU S.A. do zasięgnięcia informacji z sądu, prokuratury, policji oraz innych organów i instytucji, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności.
7. Potwierdzam wolę zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach wskazanych w niniejszym wniosku oraz potwierdzam, że wszelkie informacje w nim zawarte są zgodne z prawdą.

Data sporządzenia wniosku \_\_\_\_\_

Pokrewieństwo przedstawiciela  
ustawowego z Ubezpieczonym Dzieckiem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czytelny podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego\*

Czytelny podpis Ubezpieczonego Dziecka\*  
(w przypadku osób, które ukończyły 13 rok życia)

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko oraz czytelny podpis  
przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego Dziecka\*

\* Powyższe podpisy będą stanowiły wzory podpisów, niezbędnych do dokonywania wszelkich czynności w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

### Oświadczenia związane z przekazaniem skarbonki elektronicznej

1. Zważywszy na to, że w związku z faktem zawarcia Umowy Skandia Życie TU S.A. (dalej jako „Skandia”) wyda mi jako Ubezpieczającemu (w ramach sprzedaży premiowej) nagrodę w postaci skarbonki elektronicznej (dalej jako „Przedmiot”), której celem jest zachęcenie Ubezpieczonego Dziecka do oszczędzania i rozwijania samoświadomości biznesowej, podpisując niniejszy dokument, oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości i w pełni akceptuję poniższe warunki rozporządzania i używania Przedmiotu:
  - 1) Po zawarciu Umowy Skandia przekaże Ubezpieczającemu wraz z Polisą wolny od wad prawnych i fizycznych Przedmiot, wraz z elementami składowymi, w tym gwarancją, instrukcją obsługi, kablem USB, oryginalnym opakowaniem.
  - 2) Wydanie Przedmiotu nastąpi według wyboru Ubezpieczającego: osobiście w Biurze Obsługi Klienta Skandii, bądź przesyłką kurierską na koszt i ryzyko Skandii.
  - 3) Z chwilą wydania Przedmiotu:
    - a) Skandia przenosi nieodpłatnie własność do Przedmiotu na Ubezpieczającego,
    - b) na Ubezpieczającego przechodzą wszelkie prawa i obowiązki związane z korzystaniem z Przedmiotu w tym uprawnienia z rękojmi i gwarancji.
  - 4) W razie odstąpienia od Umowy w terminie określonym postanowieniami OWU, Ubezpieczający zwróci Przedmiot Skandii wraz ze wszelkimi elementami składowymi, w tym oryginalnym opakowaniem (przenosząc jego własność na Skandię).
2. Ubezpieczający oświadcza, że Ubezpieczone Dziecko korzystać będzie z Przedmiotu wyłącznie pod nadzorem moim lub innej osoby pełnoletniej.
3. Oświadczam, że wnoszę o przekazanie moich danych osobowych oraz ujawnienie tajemnicy ubezpieczeniowej na rzecz Fundacji Ekomini oraz spółki One Way Sp. z o.o., w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowego korzystania przeze mnie z funkcjonalności aplikacji McCash.

Imię i nazwisko oraz czytelny podpis  
Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

### Oświadczenie przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego Dziecka

Niniejszym, działając jako opiekun prawny Ubezpieczonego Dziecka, wnoszę o przekazanie jego danych osobowych oraz ujawnienie tajemnicy ubezpieczeniowej na rzecz Fundacji Ekomini oraz spółki One Way Sp. z o.o., w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowego korzystania przez Ubezpieczone Dziecko z funkcjonalności aplikacji McCash.

Imię i nazwisko oraz czytelny podpis  
przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego Dziecka

### Oświadczenie osoby wykonującej czynności agencyjne:

Wszystkie informacje związane z wykonywaniem czynności agencyjnych na rzecz Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. będę traktował jako poufne. Potwierdzam, że Ubezpieczający / Ubezpieczony złożył powyższe oświadczenia osobiście i podpisał wniosek własnoręcznie.

**Jest mi wiadome, że nie jestem upoważniony do odbioru jakichkolwiek płatności przeznaczonych dla Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**

Potwierdzam zgodność danych zawartych w niniejszym wniosku z okazanym mi dowodem tożsamości.

Data

Numer wpisu do rejestru osoby  
wykonującej czynności agencyjne

Imię i nazwisko osoby  
wykonującej czynności agencyjne

Czytelny podpis osoby  
wykonującej czynności agencyjne