



PROSIMY O WYPEŁNIANIE
DRUKOWANYMI LITERAMI

numer polisy lub numer seryjny wniosku

 zmieniająca

W przypadku zmiany danych prosimy o zaznaczenie punktu, w którym wpisane są zmieniane dane.

 uczestnictwa

Wypełnienie pkt. VII i VIII nie jest obowiązkowe.
W przypadku braku wskazania uposażonych, uprawnionych do świadczenia z tytułu śmierci uczestnika będą spadkobiercy ustawowi (zgodnie z OWU).

I. Dane Ubezpieczającego

nazwa firmy

pieczęć Ubezpieczającego

II. Dane Uczestnika

nazwisko

imię

data urodzenia

K/M

PESEL

telefon

ulica (adres zamieszkania)

nr domu

nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość/poczta

adres e-mail

rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego

 umowa o pracę na czas określony umowa o pracę na czas nieokreślony inny

opis rodzaju zatrudnienia

zawód wykonywany wraz z opisem (w szczególności pracy fizycznej)

III. Parametry ubezpieczenia

- Dla osób składających deklarację wraz z wnioskiem o ubezpieczenie – zakres ubezpieczenia, wysokość wnioskowanych sum ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz umów dodatkowych są zgodne z kwotacją dołączoną do wniosku o ubezpieczenie;
- Dla osób składających deklarację po zawarciu umowy ubezpieczenia:

a.

Dla umów zawartych od dnia 01.10.2005 r.	Dla umów zawartych do dnia 30.09.2005 r.
Wnioskowana suma ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika (od 10 000 zł do 100 000 zł): <input type="text"/> zł	Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci jest wyliczana na podstawie deklarowanego procentu składki regularnej przeznaczonego na koszt ochrony ubezpieczeniowej (od 10% do 50%): <input type="text"/> %

b. Zakres umów ubezpieczenia (umów dodatkowych) jest określony umową ubezpieczenia i wskazany w polisie. Wysokość sum ubezpieczenia z tytułu umów dodatkowych jest uzależniona od przyznanej danemu uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci i wynosi:

- 100% dla umów dodatkowych ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego, ubezpieczenia ryzyka kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczenia ryzyka niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 50%, 75% lub 100% zgodnie z wyborem Ubezpieczającego - dla umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 40% - dla umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 10% lub 20% zgodnie z wyborem Ubezpieczającego – dla umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania.

IV. Składka regularna

1. Wysokość składki finansowanej przez Ubezpieczającego

 zł

2. Wysokość składki finansowanej przez Uczestnika

 zł

3. Deklarowana data rozpoczęcia ochrony (dzień wymagalności składki)

UWAGA ! Dołączenie do ubezpieczenia nastąpi w dniu wymagalności składki następującym po dniu podpisania (sporządzenia) deklaracji, o ile zostanie ona dostarczona do Towarzystwa w ciągu 30 dni, w którym przystąpienie miałoby nastąpić.

V. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe

Fundusz Akcji <input type="text"/> %	Fundusz Gwarantowany <input type="text"/> %	Fundusz Pieniężny <input type="text"/> %	Fundusz Zrównoważony <input type="text"/> %
Fundusz Dynamiczny <input type="text"/> %	Fundusz Gwarancji Zysku <input type="text"/> %	Fundusz Stabilnego Wzrostu <input type="text"/> %	Fundusz Zrównoważony Aktywnej Selekcji <input type="text"/> %
Fundusz Dynamiczny Aktywnej Selekcji <input type="text"/> %	Fundusz Międzynarodowy <input type="text"/> %	Fundusz Stabilny Aktywnej Selekcji <input type="text"/> %	

UWAGA ! W przypadku gdy zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia uprawnienie do wyboru funduszy przysługuje Ubezpieczającemu powyższe wskazanie jest bezskuteczne.

VI. Ankieta medyczna

W przypadku braku odpowiedzi „TAK” lub „NIE”, Towarzystwo przyjmuje, że odpowiedź brzmi „TAK”

1. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana(i) lub leczył czy leczy się Pan(i) obecnie z powodu:

a. chorób serca i naczyń, nadciśnienia, udaru mózgu, nowotworu złośliwego, cukrzycy, białaczki, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłej niewydolności nerek, tocznia rumieniowatego układowego, chorób psychicznych, upośledzenia umysłowego, płasawicy Huntingtona, padaczki, stwardnienia rozsianego i innych chorób demielinizacyjnych, progerii

TAK NIE

b. przewlekłego zapalenia wątroby typu B, C, D, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego - Crohna, przewlekłego zapalenia trzustki, przewlekłego zapalenia oskrzeli, rozedmy płuc, przewlekłego kłębkowego zapalenia nerek, reumatoidalnego zapalenia stawów

TAK NIE

2. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana(i):

a. chorobę AIDS lub nosicielstwo wirusa HIV

TAK NIE

b. jaskrę, zaćmę, wadę wzroku w obu oczach powyżej 7 dioptrii, ślepotę jednego oka lub obu oczu

TAK NIE

imię, nazwisko, adres, telefon lekarza lub przychodni

VII. Dane / zmiana uposażonych głównych

1. nazwisko

stopień pokrewieństwa

imię

% świadczenia

data urodzenia

2. nazwisko

stopień pokrewieństwa

imię

% świadczenia

data urodzenia

VIII. Dane / zmiana uposażonych zastępczych

1. nazwisko

stopień pokrewieństwa

imię

% świadczenia

data urodzenia

2. nazwisko

stopień pokrewieństwa

imię

% świadczenia

data urodzenia

IX. Oświadczenie

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i są przekazane w dobrej wierze.

Ponadto wyrażam niniejszym zgodę, aby spółka Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA przetwarzała moje dane osobowe podane w niniejszej deklaracji oraz ewentualnych innych pismach związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową, jak również zasięgnięte z innych źródeł na podstawie udzielonego przez mnie upoważnienia. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o celach przetwarzania danych osobowych przez wymienioną spółkę, którymi są zawarcie umowy ubezpieczenia, jej wykonanie, objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i zachęcanie do zawierania umów ubezpieczenia, jak również prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania (bez możliwości usuwania lub poprawiania danych stanowiących podstawę oceny ryzyka ubezpieczeniowego) oraz o tym, że podawanie wymienionych danych jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu ubiegania się przeze mnie o zawarcie umowy ubezpieczenia lub objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie art. 815 Kodeksu cywilnego.

Ja niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z przedstawioną mi kwotacją, Warunkami Ogólnymi wnioskowanego Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ZESPÓŁ wraz z odpowiednimi ogólnymi warunkami umów dodatkowych, jak również Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz Tabelą Opłat stanowiącymi załączniki do Warunków Ogólnych wnioskowanego Ubezpieczenia, i oświadczam, że żadne z ich postanowień nie narusza moich interesów w szczególności w sposób rażąco.

Upoważniam Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA do zasięgnięcia w innych zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w szczególności informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem badań genetycznych, jak również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie i udostępnianie dotyczących mnie informacji, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, ubezpieczającemu, uposażonemu lub innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia w przypadkach, kiedy obowiązek przekazania lub udostępnienia takich informacji wynikać będzie z obowiązujących przepisów. Z przyczyn uzasadnionych treścią stosunku ubezpieczenia powyższe upoważnienie jest nieodwołalne i nie wygasa z chwilą mojej śmierci.

Oświadczam, że nie jestem objęty ochroną ubezpieczeniową w Grupowym Ubezpieczeniu na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ZESPÓŁ.

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na:

1) modyfikację warunków wnioskowanej grupowej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz umów dodatkowych, zawartą w ewentualnej kontrofercie Towarzystwa;

2) zmiany w warunkach umów, o których mowa w pkt. 1, w tym w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia na życie.

X. Oświadczenie dobrowolne

W przypadku braku zakreślenia lub zakreślenia obu odpowiedzi („TAK” i „NIE”) w poniższych punktach, Towarzystwo przyjmie, że odpowiedź brzmi „NIE”

Zgadzam się na:

TAK NIE przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez spółki Grupy Aviva oraz na wzajemne udostępnianie przez nie tych danych w celu oferowania usług finansowych i dalszego przetwarzania przy wykonywaniu tych usług, oraz na połączenie moich danych w administrowanych zbiorach również z innymi pozyskanymi danymi.

TAK NIE przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty współpracujące ze spółkami Grupy Aviva

Powyższa zgoda obejmuje przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do nich oraz ich poprawiania.

Grupa Aviva - Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 44, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

data

czytelny podpis Uczestnika