



PROSIMY O WYPEŁNIANIE
DRUKOWANYMI LITERAMI

numer polisy lub numer seryjny wniosku

Druk obowiązuje od 01.08.2009 r.

zmieniająca

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

uczestnictwa

Wypełnienie pkt. VI i VII nie jest obowiązkowe. W przypadku braku wskazania uposażonych, uprawnionymi 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

pleć K/M

PESEL

telefon

ulica (adres zamieszkania)

nr domu

nr lokalu

kod pocztowy

mięscowość/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/zajmowane stanowisko wraz z opisem

UWAGI:

Czy zajmowane stanowisko pracy wymaga wykonywania:

prac fizycznych

TAK

NIE

prac na wysokości

TAK

NIE

Jeżeli „TAK” prosimy o podanie maksymalnej wysokości

m

TAK

Uczestnik był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała co najmniej 21 kolejnych dni w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia

III. Przystąpienie do ubezpieczenia

1. Uczestnik złożył deklarację wraz z wnioskiem o ubezpieczenie (przystąpienie przy zawarciu umowy ubezpieczenia)

2. Uczestnik złożył deklarację w terminie późniejszym (przystąpienie do zawartej umowy ubezpieczenia)

(a) W przypadku złożenia deklaracji przystąpienia w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia zatrudnienia (osoba nowozatrudniona) lub bezpośrednio po dniu spełnienia określonych w umowie warunków przystąpienia konieczne jest podanie:

data zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego*

* jeżeli umowa ubezpieczenia przewiduje kwalifikację do ubezpieczenia na podstawie stażu pracy lub innych określonych w umowie kryteriów, to prosimy podać datę spełnienia tych warunków kwalifikacji

UWAGA ! Dołączenie do ubezpieczenia nastąpi w pierwszym, zgodnym z postanowieniami odpowiednich OWU, terminie następującym po dniu podpisania (sporządzenia) deklaracji, o ile zostanie ona dostarczona do Towarzystwa w ciągu 30 dni od dnia, w którym przystąpienie miałoby nastąpić.

IV. Zakres ubezpieczenia

Wybór kategorii (nr):

Koszt ochrony ubezpieczeniowej:

zł

Kapitałowa część składki:

zł

Część składki regularnej finansowana przez Ubezpieczającego:

zł

W przypadku gdy suma ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości zarobków prosimy o podanie wysokości miesięcznych zarobków:

zł

W imieniu Ubezpieczającego potwierdzam prawdziwość danych wskazanych w pkt. I – IV

data

Za Ubezpieczającego – podpis osoby upoważnionej oraz pieczęć pracodawcy

V. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe – wypełniane tylko jeżeli osobą uprawnioną do wyboru funduszy jest Uczestnik (z zachowaniem minimum 5% udziału dla każdego wybranego funduszu)

Fundusz Gwarantowany %Fundusz Stabilnego Wzrostu %Fundusz Zrównoważony %Fundusz Międzynarodowy %Fundusz Akcji %Fundusz Dynamiczny %

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

VI. Dane / zmiana uposażonych głównych

1. nazwisko

stopień pokrewieństwa

imię

% świadczenia

data urodzenia

2. nazwisko

stopień pokrewieństwa

imię

% świadczenia

data urodzenia

VII. Dane / zmiana uposażonych zastępczych

1. nazwisko

stopień pokrewieństwa

imię

% świadczenia

data urodzenia

2. nazwisko

stopień pokrewieństwa

imię

% świadczenia

data urodzenia

VIII. 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 przedstawionymi mi Warunkami Ogólnymi wnioskowanego Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym wraz z odpowiednimi warunkami ogólnymi umów dodatkowych, jak również Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz Tabelą Opłat stanowiącymi załączniki do Warunków Ogólnych wnioskowanego Ubezpieczenia, oświadczam, że żadne z ich postanowień nie narusza moich interesów w szczególności w sposób rażący.

Upoważniam Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy dotyczących mnie informacji 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 udostępniania takich informacji wynikać będzie z obowiązujących przepisów.

Z przyczyn uzasadnionych treścią stosunku ubezpieczenia powyższe upoważnienie jest nieodwołalne i nie wygasa z chwilą mojej śmierci.

W przypadku, gdy w zakresie umowy ubezpieczenia znajdują się umowy dodatkowe przewidujące ochronę ubezpieczeniową dla członków mojej rodziny, oświadczam, że osoby te wyraziły zgodę na objęcie ich ochroną ubezpieczeniową w wysokości wynikającej z niniejszej umowy ubezpieczenia.

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

IX. 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. Prosta 70, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

data

czytelny podpis Uczestnika