



Numer Wniosku/Polisy

3 2 0 0

Wniosek/Polisa Terminowe Ubezpieczenie na Życie „Pakiet Mocno Bezpieczny”

Dane Ubezpieczonego

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: DD MM RRRR PESEL: _____ Typ dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu

Nr dokumentu tożsamości: _____ Państwo urodzenia: _____ Obywatelstwo: _____

Adres stałego zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania: _____ Poczta: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____ - _____ Kraj: _____

Tel. kontaktowy: _____ E-mail: _____

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zamieszkania)

Ulica, nr domu, nr mieszkania: _____ Poczta: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____ - _____ Kraj: _____

Dane Ubezpieczającego (proszę wypełnić tylko, jeśli Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony)

Typ klienta: Indywidualny Instytucjonalny Płeć: Kobieta Mężczyzna

Imię i nazwisko /Nazwa firmy: _____

Data urodzenia: DD MM RRRR PESEL: _____ Typ dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu

Nr dokumentu tożsamości: _____ Państwo urodzenia: _____ Obywatelstwo: _____

NIP (wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego): _____ Forma organizacyjna (wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego): _____

KRS (wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego): _____ Państwo rejestracji (w przypadku nieposiadania NIP): _____ Rejestr handlowy (w przypadku nieposiadania NIP): _____

Nr rejestru handlowego (w przypadku nieposiadania NIP): _____ Data rejestracji firmy (w przypadku nieposiadania NIP): DD MM RRRR

Adres stałego zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania: _____ Poczta: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____ - _____ Kraj: _____

Tel. kontaktowy: _____ E-mail: _____

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż zamieszkania)

Ulica, nr domu, nr mieszkania: _____ Poczta: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____ - _____ Kraj: _____

Dane osoby reprezentującej klienta instytucjonalnego

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: DD MM RRRR PESEL: _____ Państwo urodzenia: _____

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: DD MM RRRR PESEL: _____ Państwo urodzenia: _____

Dane Współmałżonka/Partnera (dotyczy tylko Wariantu rodzinnego. W dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Wiek Współmałżonka/Partnera nie może przekroczyć 65 lat)

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: DD MM RRRR PESEL: _____ Typ dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu

Nr dokumentu tożsamości: _____ Państwo urodzenia: _____ Obywatelstwo: _____

Dane Dzieci (dotyczy tylko Wariantu rodzinnego. W dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Wiek Dziecka nie może przekroczyć 18 lat)

	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL
1.		DD MM RRRR	
2.		DD MM RRRR	
3.		DD MM RRRR	

Uposażeni Ubezpieczonego (łączna suma udziałów wszystkich Uposażonych musi sumować się do 100%)

	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Rodzaj pokrewieństwa	Udział w %
1.		DD MM RRRR			
2.		DD MM RRRR			
3.		DD MM RRRR			

Zakres Umowy ubezpieczenia (w zależności od Wariantu i Pakietu)

Pakiety roczne w Wariancie indywidualnym

Zakres	PAKIET I		PAKIET II		PAKIET III	
	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	25 000	101 000 ²⁾	50 000	151 000 ²⁾	75 000	201 000 ²⁾
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	75 000	76 000 ¹⁾	100 000	101 000 ¹⁾	125 000	126 000 ¹⁾
Śmierć	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Trwale całkowite inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	20 000	20 000 ³⁾	40 000	40 000 ³⁾	60 000	60 000 ³⁾
Trwale częściowe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	10 000	10 000 ³⁾	15 000	15 000 ³⁾	20 000	20 000 ³⁾
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	5 000	5 000 ³⁾	5 000	5 000 ³⁾	7 500	7 500 ³⁾
Rehabilitacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	1 000	1 000 ³⁾	1 000	1 000 ³⁾	2 000	2 000 ³⁾
Assistance	10 000	10 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾
Składka (PLN)	Wariant indywidualny		Wariant indywidualny		Wariant indywidualny	
Miesięczna	50		75		100	
Kwartalna	150		225		300	
Półroczna	300		450		600	
Roczna	600		900		1200	

Zakres	PAKIET IV		PAKIET V	
	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	75 000	276 000 ²⁾	100 000	351 000 ²⁾
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	200 000	201 000 ¹⁾	250 000	251 000 ¹⁾
Śmierć	1 000	1 000	1 000	1 000
Trwale całkowite inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	80 000	80 000 ³⁾	100 000	100 000 ³⁾
Trwale częściowe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	30 000	30 000 ³⁾	40 000	40 000 ³⁾
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	10 000	10 000 ³⁾	15 000	15 000 ³⁾
Rehabilitacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	3 000	3 000 ³⁾	4 000	4 000 ³⁾
Assistance	10 000	10 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾
Składka (PLN)	Wariant indywidualny		Wariant indywidualny	
Miesięczna	150		200	
Kwartalna	450		600	
Półroczna	900		1 200	
Roczna	1800		2 400	

Pakiety roczne w Wariancie rodzinnym

Zakres	PAKIET I		PAKIET II		PAKIET III	
	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	10 000	41 000 ²⁾	20 000	71 000 ²⁾	30 000 ²⁾	106 000 ²⁾
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	30 000	31 000 ¹⁾	50 000	51 000 ¹⁾	75 000 ¹⁾	76 000 ¹⁾
Śmierć	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Trwale całkowite inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	10 000	10 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾	30 000 ³⁾	30 000 ³⁾
Trwale częściowe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	5 000	5 000 ³⁾	8 000	8 000 ³⁾	10 000 ³⁾	10 000 ³⁾
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	3 000	3 000 ³⁾	3 000	3 000 ³⁾	4 000 ³⁾	4 000 ³⁾
Rehabilitacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	1 000	1 000 ³⁾	1 000	1 000 ³⁾	2 000 ³⁾	2 000 ³⁾
Assistance	10 000	10 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾	10 000 ³⁾	10 000 ³⁾
Składka (PLN)	Wariant rodzinny		Wariant rodzinny		Wariant rodzinny	
Miesięczna	75		100		150	
Kwartalna	225		300		450	
Półroczna	450		600		900	
Roczna	900		1200		1800	

Zakres	PAKIET IV	
	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	50 000	151 000 ²⁾
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	100 000	101 000 ¹⁾
Śmierć	1 000	1 000
Trwale całkowite inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	50 000	50 000 ³⁾
Trwale częściowe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	15 000	15 000 ³⁾
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	6 000	6 000 ³⁾
Rehabilitacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	2 000	2 000 ³⁾
Assistance	10 000	10 000 ³⁾
Składka (PLN)	Wariant rodzinny	
Miesięczna	200	
Kwartalna	600	
Półroczna	1 200	
Roczna	2 400	

Pakiety dwuletnie w Wariancie indywidualnym

Zakres	PAKIET I		PAKIET II		PAKIET III	
	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	70 000	221 000 ²⁾	80 000	281 000 ²⁾	85 000	311 000 ²⁾
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	150 000	151 000 ¹⁾	200 000	201 000 ¹⁾	225 000	226 000 ¹⁾
Śmierć	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Trwale całkowite inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	90 000	90 000 ³⁾	110 000	110 000 ³⁾	120 000	120 000 ³⁾
Trwale częściowe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	25 000	25 000 ³⁾	35 000	35 000 ³⁾	40 000	40 000 ³⁾
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	7 000	7 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾	15 000	15 000 ³⁾
Rehabilitacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	3 500	3 500 ³⁾	4 000	4 000 ³⁾	4 000	4 000 ³⁾
Assistance	10 000	10 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾
Składka (PLN)	Wariant indywidualny		Wariant indywidualny		Wariant indywidualny	
Dwuletnia	2 500		3 500		4 000	

Zakres	PAKIET IV		PAKIET V		PAKIET VI	
	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)	Suma ubezpieczenia (PLN)	Maksymalna kwota świadczenia (PLN)
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	90 000	341 000 ²⁾	100 000	376 000 ²⁾	100 000	401 000 ²⁾
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	250 000	251 000 ¹⁾	275 000	276 000 ¹⁾	300 000	301 000 ¹⁾
Śmierć	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Trwale całkowite inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	130 000	130 000 ³⁾	140 000	140 000 ³⁾	150 000	150 000 ³⁾
Trwale częściowe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	45 000	45 000 ³⁾	45 000	45 000 ³⁾	50 000	50 000 ³⁾
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	17 000	17 000 ³⁾	18 000	18 000 ³⁾	20 000	20 000 ³⁾
Rehabilitacja w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	4 500	4 500 ³⁾	5 000	5 000 ³⁾	5 000	5 000 ³⁾
Assistance	10 000	10 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾	10 000	10 000 ³⁾
Składka (PLN)	Wariant indywidualny		Wariant indywidualny		Wariant indywidualny	
Dwuletnia	5 000		6 000		7 000	

- Całkowita kwota wypłacana w przypadku Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest sumą świadczeń z tytułu Śmierci i Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Wypłata świadczenia następuje zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Terminowego na Życie „Pakiet Mocno Bezpieczny”.
- Całkowita kwota wypłacana w przypadku Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji jest sumą świadczeń z tytułu Śmierci, Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji. Wypłata świadczenia następuje zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Terminowego na Życie „Pakiet Mocno Bezpieczny”.
- Wypłata świadczenia następuje zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Terminowego na Życie „Pakiet Mocno Bezpieczny”.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczenie dotyczące beneficjenta rzeczywistego¹⁾

w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu

1. Dane Ubezpieczającego²⁾

klient instytucjonalny <input type="checkbox"/> osoba fizyczna ³⁾ <input type="checkbox"/>	
Imię i nazwisko osoby fizycznej /Nazwa klienta instytucjonalnego	
PESEL	Data urodzenia DD MM RRRR
Typ dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	NIP (wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego)
Data założenia firmy DD MM RRRR	Nr dokumentu tożsamości
Kraj rejestracji firmy	
Adres stałego zamieszkania	
Ulica, nr domu, nr mieszkania	
Miejscowość	Kod pocztowy - Poczta
Kraj	

¹⁾ **Beneficjent rzeczywisty** to osoba fizyczna lub osoby fizyczne sprawujące bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad klientem poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez klienta lub osobę fizyczną, lub osoby fizyczne, w imieniu których są nawiązywane stosunki gospodarcze lub przeprowadzana jest transakcja okazjonalna, w tym:

1. w przypadku klienta będącego osobą prawną inną niż spółka, której papiery wartościowe są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym podlegającym wymogom ujawniania informacji wynikającym z przepisów prawa Unii Europejskiej lub odpowiadającym im przepisom prawa państwa trzeciego:

- osobę fizyczną będącą udziałowcem lub akcjonariuszem klienta, której przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji tej osoby prawnej;
- osobę fizyczną dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie stanowiącym klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu;
- osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad osobą prawną lub osobami prawnymi, którym łącznie przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji klienta lub łącznie dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu;
- osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad klientem poprzez posiadanie w stosunku do tej osoby prawnej uprawnień, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, lub
- osobę fizyczną zajmującą wyższe stanowisko kierownicze w przypadku udokumentowanego braku możliwości ustalenia lub wątpliwości co do tożsamości osób fizycznych określonych w pkt a, b, c i d oraz w przypadku niestwierdzenia podejrzeń prania pieniędzy lub finansowania terroryzmu;

2. w przypadku klienta będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, wobec którego nie stwierdzono przesłanek lub okoliczności mogących wskazywać na fakt sprawowania kontroli nad nim przez inną osobę fizyczną lub osoby fizyczne, przyjmuje się, że taki klient jest jednocześnie beneficjentem rzeczywistym.

²⁾ Proszę zaznaczyć, kogo dotyczy formularz.

³⁾ W przypadku Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną formularz należy wypełnić w przypadkach, kiedy z okoliczności wynika, że osoba ta jest kontrolowana przez inną osobę fizyczną, np. w przypadku klienta niepełnoletniego/ubezwłasnowolnionego.

2. Oświadczam/y, że beneficjentami rzeczywistymi Ubezpieczającego są⁴⁾:

1. Imię i nazwisko beneficjenta rzeczywistego			Typ dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu
PESEL	Data urodzenia DD MM RRRR	Państwo urodzenia	Obywatelstwo
Nr dokumentu tożsamości			
Adres zamieszkania (miejscowość, kraj)			
2. Imię i nazwisko beneficjenta rzeczywistego			Typ dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu
PESEL	Data urodzenia DD MM RRRR	Państwo urodzenia	Obywatelstwo
Nr dokumentu tożsamości			
Adres zamieszkania (miejscowość, kraj)			
3. Imię i nazwisko beneficjenta rzeczywistego			Typ dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu
PESEL	Data urodzenia DD MM RRRR	Państwo urodzenia	Obywatelstwo
Nr dokumentu tożsamości			
Adres zamieszkania (miejscowość, kraj)			

⁴⁾ Oświadczenie ma na celu ustalenie tożsamości beneficjenta rzeczywistego.

3. Oświadczam/y, że właścicielami/udziałowcami Ubezpieczającego są⁶⁾:

1. Imię i nazwisko/ Nazwa firmy															
PESEL					Data urodzenia	DD	MM	RRRR	Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport	<input type="checkbox"/> karta pobytu			
Nr dokumentu tożsamości					Państwo urodzenia				Obywatelstwo						
KRS					REGON				NIP						

Adres zamieszkania (miejscowość, kraj)

2. Imię i nazwisko/ Nazwa firmy															
PESEL					Data urodzenia	DD	MM	RRRR	Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport	<input type="checkbox"/> karta pobytu			
Nr dokumentu tożsamości					Państwo urodzenia				Obywatelstwo						
KRS					REGON				NIP						

Adres zamieszkania (miejscowość, kraj)

3. Imię i nazwisko/ Nazwa firmy															
PESEL					Data urodzenia	DD	MM	RRRR	Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport	<input type="checkbox"/> karta pobytu			
Nr dokumentu tożsamości					Państwo urodzenia				Obywatelstwo						
KRS					REGON				NIP						

Adres zamieszkania (miejscowość, kraj)

Podpis przedstawicieli Ubezpieczającego

Nazwisko i imię	Podpis	Miejscowość	dnia	DD	MM	RRRR
-----------------	--------	-------------------	------	----	----	------

⁶⁾ Oświadczenie ma na celu ustalenie struktury własności osoby prawnej (proszę wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego).

4. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego

(wypełnić tylko w przypadku, gdy dane przedstawiciela ustawowego są inne niż dane beneficjenta rzeczywistego wskazanego powyżej)

Imię i nazwisko															
PESEL					Data urodzenia	DD	MM	RRRR	Typ dokumentu tożsamości:	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport	<input type="checkbox"/> karta pobytu			
Nr dokumentu tożsamości					Państwo urodzenia				Obywatelstwo						

Adres stałego zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta

Kraj

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego:

- Wyrażam zgodę na zawarcie przez wskazaną poniżej osobę, nieposiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych, umowy ubezpieczenia na podstawie wniosku o numerze wskazanym na wstępie niniejszego formularza. Oświadczam, że do momentu uzyskania przez wskazaną poniżej osobę pełnej zdolności do czynności prawnych, zobowiązuję się do opłacania składek w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia⁸⁾.
- Wyrażam zgodę na zastrzeżenie na rzecz wskazanej poniżej osoby, nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych, ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie wniosku o numerze wskazanym na wstępie niniejszego formularza. Jako przedstawiciel ustawowy potwierdzam, że wszystkie zgody zawarte we wniosku zostały wyrażone w imieniu osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych⁷⁾.

Imię i nazwisko osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych															
PESEL					Data urodzenia	DD	MM	RRRR							

Podpis przedstawiciela ustawowego

Nazwisko i imię	Podpis	Miejscowość	dnia	DD	MM	RRRR
-----------------	--------	-------------------	------	----	----	------

⁶⁾ Oświadczenie wymagane w sytuacji gdy osoba nieposiadająca pełnej zdolności do czynności prawnych wskazana została na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczający.

⁷⁾ Oświadczenie wymagane w sytuacji gdy osoba nieposiadająca pełnej zdolności do czynności prawnych wskazana została na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony.