

Numer wniosku:

Numer Przedstawiciela Banku: 050899001

1. Ubezpieczający - Bank

Pełna nazwa oraz adres siedziby

Forma prawna KRS Regon NIP

2. Ubezpieczony

Płeć K M

Nazwisko Imiona

Data urodzenia Wiek PESEL Seria i numer dowodu osobistego / paszportu

Obywatelstwo Kraj zamieszkania Adres e-mail

Nazwisko panięskie Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

Adres do korespondencji Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:
Miejscowość: Kod pocztowy:

3. Uposażeni na wypadek śmierci Ubezpieczonego

Lp.	Nazwisko	Imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	PESEL	Udział %
1						
2						

Łączny udział procentowy musi wynosić 100%. O ile nie ustalono inaczej, świadczenia zostaną podzielone w równych częściach pomiędzy Uposażonych, którzy pozostaną przy życiu po śmierci Ubezpieczonego.

4. Dane dotyczące ubezpieczenia

I. Umowa podstawowa

Nazwa umowy Okres ubezpieczenia Data OWU Suma ubezpieczenia Składka roczna bez opłaty stałej

STABILNA PRZYSZŁOŚĆ				
---------------------	--	--	--	--

Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci NNW Opłata stała

II. Składka zgodna z trybem opłacania

Wybrany tryb opłacania składki Całkowita regularna składka zgodnie z wybranym trybem

--	--

III. Rachunek bankowy Ubezpieczonego

Pełna nazwa banku Numer konta bankowego Ubezpieczonego

--	--

5. Oświadczenia

- Oświadczam, że otrzymałem/am ogólne warunki ubezpieczenia i Regulamin świadczenia usług Telefonicznego Systemu Informacyjnego oraz Portalu Internetowego e-klient przez Amplico Life S.A.
- Jestem zainteresowany/a objęciem ochroną i wyrażam zgodę na przystąpienie do programu Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Dożycie oraz potwierdzam wysokość sumy ubezpieczenia.
- Przyjmuję do wiadomości, iż Amplico Life S.A. w imieniu własnym i zgodnie ze swoim wyborem inwestuje wartość wykupu i przyznany udział w zysku, o ile ten jest przewidziany ogólnymi warunkami ubezpieczenia.
- Przyjmuję do wiadomości, iż Amplico Life S.A. przetwarzać będzie moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz w celu wykonania obowiązków wynikających z Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Mam świadomość prawa dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez przedstawiciela Ubezpieczającego o tym, iż składka może zostać zapłacona tylko w drodze przelewu na rachunek bankowy Amplico Life S.A. oraz o tym, że przedstawiciel Ubezpieczającego nie jest umocowany do pobierania składki w imieniu Towarzystwa.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie przez Ubezpieczającego moich danych stanowiących tajemnicę bankową do Amplico Life Pierwszego Amerykańsko-Polskiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26 w celu objęcia mnie przez Amplico Life S.A. ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Dożycie.
- Przyjmuję do wiadomości, iż niniejszy wniosek zostanie anulowany w przypadku nieopłacenia składki w terminie 45 dni od daty jego podpisania.

6. Upoważnienia

1. Upoważniam każdego lekarza, podmiot wykonujący działalność leczniczą, zakład ubezpieczeń, ubezpieczyciela lub osobę, która posiada dane o mnie i o moim zdrowiu do udzielania Amplico Life S.A. informacji oraz przekazania dokumentów związanych z przebytymi przeze mnie chorobami, pobytami w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

2. Przyjmuję do wiadomości, iż wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na dzień opłacenia pierwszej składki (dzień wpływu składki na konto Amplico Life S.A.). W przypadku zmiany mojego wieku w okresie pomiędzy datą podpisania niniejszego wniosku, a datą opłacenia składki wyrażam zgodę na odpowiednie dostosowanie sumy ubezpieczenia podstawowego do wpłaconej kwoty. Nowa suma ubezpieczenia podstawowego zostanie wskazana na Certyfikacie Ubezpieczenia.

3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na świadczenie usług drogą elektroniczną przez Amplico Life S.A. przy użyciu telefonu i poczty elektronicznej na zasadach określonych w Regulaminie świadczenia usług Telefonicznego Systemu Informacyjnego oraz Portalu Internetowego e-klient przez Amplico Life S.A. za pośrednictwem telefonu i systemu IVR oraz przy użyciu Internetu:

Wyrażam zgodę
Ubezpieczony

- w zakresie informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem łączącej mnie z Amplico Life S.A. umowy ubezpieczenia,

- w zakresie informacji handlowych.

W przypadku wyrażenia zgody prosimy o odpowiednie zaznaczenie w pkt. 3. Brak takiego zaznaczenia oznacza niewyrażenie zgody.

7. Podpisy

Oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą wszystkie odpowiedzi udzielone w niniejszym wniosku zostały przeze mnie sprawdzone i są prawdziwe.

Podpisano w

Imię i nazwisko Ubezpieczonego

Imię i nazwisko przedstawiciela Ubezpieczającego

Dnia

Wzór podpisu Ubezpieczonego

Podpis przedstawiciela Ubezpieczającego

Amplico Life S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 11.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. Amplico Life S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 50 70, e-mail: lifeinfo@metlifeamplico.pl, Internet: www.metlifeamplico.pl