AVIVA

DEKLARACJA OPIEKUN VIP

G140

NUMER POLISY

NUMER SERYJNY WNIOSKU (DOTYCZY NB)

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

☐ ZMIENIAJĄCA

W PRZYPADKU ZMIANY DANYCH PROSIMY O ZAZNACZENIE PUNKTU, W KTÓRYM WPISANE SĄ ZMIENIONE DANE.

☐ UCZESTNICTWA

WYPEŁNIENIE PKT IV I V 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 LUB IMIĘ I NAZWISKO

NIP /DOTYCZY PODMIOTÓW GOSPODARCZYCH/

II. DANE UCZESTNIKA

NAZWISKO

IMIĘ

DATA URODZENIA d d m m r r r r

PŁEĆ K/M

PESEL

NR DOWODU OSOBISTEGO

ULICA /ADRES ZAMIESZKANIA/

NR DOMU

NR LOKALU

KOD POCZTOWY –

MIEJSCOWOŚĆ/POCZTA

ADRES E-MAIL

NUMER TELEFONU

RODZAJ ZATRUDNIENIA UCZESTNIKA U UBEZPIECZAJĄCEGO*

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

OPIS RODZAJU ZATRUDNIENIA[1]

ZAWÓD WYKONYWANY WRAZ Z OPISEM /W SZCZEGÓLNOŚCI PRACY FIZYCZNEJ/

PRACE NA WYSOKOŚCIACH TAK ☐ NIE ☐

MAKS. WYSOKOŚĆ W M

CZYNNOŚCI FIZYCZNE TAK ☐ NIE ☐

OBSŁUGA WÓZKA WIDŁOWEGO / MASZYN BUDOWLANYCH / PRZEMYSŁOWYCH / ROLNICZYCH TAK ☐ NIE ☐

SZCZEGÓŁOWY OPIS ZAWODU /W TYM OPIS CZYNNOŚCI FIZYCZNYCH, RODZAJU OBSŁUGIWANYCH MASZYN ORAZ TYPU I ŁADOWNOŚCI POJAZDÓW PROWADZONYCH W RAMACH PRACY ZAWODOWEJ/

III. UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE

1. UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH FUNDUSZY W CZĘŚCI SKŁADKI PODLEGAJĄCEJ ALOKACJI, Z ZACHOWANIEM MINIMUM 5% UDZIAŁU DLA KAŻDEGO WYBRANEGO FUNDUSZU.

FUNDUSZ AKCJI	%	FUNDUSZ GWARANTOWANY	%	FUNDUSZ STABILNEGO WZROSTU	%
FUNDUSZ DŁUŻNY AKTYWNEJ SELEKCJI	%	FUNDUSZ GWARANCJI ZYSKU	%	FUNDUSZ STABILNY AKTYWNEJ SELEKCJI	%
FUNDUSZ DYNAMICZNY	%	FUNDUSZ MIĘDZYNARODOWY	%	FUNDUSZ ZRÓWNOWAŻONY	%
FUNDUSZ DYNAMICZNY AKTYWNEJ SELEKCJI	%	FUNDUSZ PIENIĘŻNY	%	FUNDUSZ ZRÓWNOWAŻONY AKTYWNEJ SELEKCJI	%

2. WYSOKOŚĆ REGULARNEJ SKŁADKI KAPITAŁOWEJ FINANSOWANEJ PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO , ZŁ 0

3. WYSOKOŚĆ REGULARNEJ SKŁADKI KAPITAŁOWEJ FINANSOWANEJ PRZEZ UCZESTNIKA , ZŁ

[1] Dotyczy ubezpieczającego prowadzącego działalność gospodarczą

121005/SD/0712/5000

NUMER POLISY LUB NUMER SERYJNY WNIOSKU

IV. DANE/ZMIANA UPOSAŻONYCH GŁÓWNYCH

0

1. NAZWISKO — STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

IMIĘ — % ŚWIADCZENIA — DATA URODZENIA d d m m r r r r

2. NAZWISKO — STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

IMIĘ — % ŚWIADCZENIA — DATA URODZENIA d d m m r r r r

V. DANE/ZMIANA UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH

0

1. NAZWISKO — STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

IMIĘ — % ŚWIADCZENIA — DATA URODZENIA d d m m r r r r

2. NAZWISKO — STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

IMIĘ — % ŚWIADCZENIA — DATA URODZENIA d d m m r r r r

VI. ANKIETA MEDYCZNA

I. WYWIAD MEDYCZNY

1. WZROST I WAGA

a Wzrost ___ cm

b Waga ___ kg

c Czy waga uległa zmianie w ciągu ostatnich 12 m-cy? TAK ☐ NIE ☐ Przyrost: ___ kg Utrata: ___ kg

2. CZY KIEDYKOLWIEK ROZPOZNANO U PANA / PANI
W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek z poniższych pytań prosimy o podanie szczegółów oraz prosimy zaznaczyć właściwe: A- choroba aktualnie leczona, B- leczenie choroby zakończone, C- choroba dotychczas nie leczona

		TAK	NIE	nazwa choroby, data rozpoznania, przebieg i stosowane leczenie, data zakończenia leczenia, dane lekarza, pod opieką którego Pan(i) pozostawał(a)/pozostaje w związku z tą chorobą	A	B	C
a	niedowład, padaczkę, nagłe utraty przytomności, występowanie nieskoordynowanych ruchów, sztywność karku, choroby demielinizacyjne, polineuropatię, choroby naczyniowe układu nerwowego, zapalenie centralnego układu nerwowego, uszkodzenie nerwów obwodowych?	☐	☐	.....	☐	☐	☐
b	zaburzenia i choroby psychiczne, umysłowe (psychozy, nerwice, zaburzenia osobowości, zaburzenia na podłożu organicznym, inne)?	☐	☐	.....	☐	☐	☐
c	przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę oskrzelową, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlicę, zapalenie opłucnej lub inną chorobę układu oddechowego?	☐	☐	.....	☐	☐	☐
d	chorobę niedokrwienną serca, występowanie dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, wady serca, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi lub inne choroby serca i układu krążenia?	☐	☐	.....	☐	☐	☐
e	nawracające stany biegunkowe, niestrawność, chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, choroby wątroby, pęcherzyka żółciowego, trzustki i zaburzenia czynności jelit?	☐	☐	.....	☐	☐	☐
f	cukrzycę, śpiączkę, choroby tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, przysadki mózgowej?	☐	☐	.....	☐	☐	☐
g	choroby nerek (kamicę nerkową, zapalenie nerek, niewydolność nerek i inne), choroby pęcherza i cewki moczowej?	☐	☐	.....	☐	☐	☐
h	nowotwory łagodne lub złośliwe, w tym nowotwór krwi?	☐	☐	.....	☐	☐	☐

NUMER POLISY LUB NUMER SERYJNY WNIOSKU

		TAK	NIE		A	B	C
i	chorobę reumatyczną, bóle stawowe zwyrodnieniowe, dnę moczanową, dolegliwości bólowe kręgosłupa, a także inne dolegliwości narządów ruchu? Jeśli „TAK", prosimy dołączyć do wniosku stosowną ankietę.	☐	☐	....	☐	☐	☐
j	choroby skóry?	☐	☐	....	☐	☐	☐
k	zaburzenia słuchu lub wzroku lub inne choroby uszu i oczu?	☐	☐	Rozpoznanie: ..... Dioptrie: Lewe ☐☐☐ Prawe ☐☐☐	☐	☐	☐
l	wady wrodzone lub choroby dziedziczne?	☐	☐	....	☐	☐	☐
ł	Czy w okresie ostatnich sześciu miesięcy stwierdzono u Pana/-i powiększenie węzłów chłonnych?	☐	☐	....	☐	☐	☐
m	Czy rozpoznano: – u Pani – choroby ginekologiczne (np. endometriozę, przewlekłe zapalenie przydatków i inne), – u Pana – choroby gruczołu krokowego (np. przerost gruczołu krokowego, inne)?	☐	☐	....	☐	☐	☐

3.	DODATKOWE INFORMACJE	TAK	NIE	
a	Czy kiedykolwiek przebywał(a) Pan(i) w szpitalu celem diagnostyki lub leczenia?	☐	☐	Z jakiego powodu? .... OD d d m m r r r r DO d d m m r r r r
b	Czy oczekuje Pan(i) na zabieg operacyjny lub konsultację lekarską?	☐	☐	Kiedy? Z jakiego powodu? ....
c	Czy przyjmował(a) Pan(i) lub przyjmuje leki z zalecenia lekarza?	☐	☐	Kiedy? Z jakiego powodu? Nazwy leków. ....
d	Czy zalecono Panu/-i wykonanie badań laboratoryjnych, obrazowych, czynnościowych?	☐	☐	Jakie badania? Kiedy? Z jakiego powodu? ....
e	Czy korzystał(a) lub/i korzysta Pan(i) z opieki medycznej w placówkach społecznej lub prywatnej służby zdrowia?	☐	☐	Nazwa placówki: ..... Adres: ..... Kiedy? ..... Z jakiego powodu? .....
f	Czy kiedykolwiek Pan(i) korzystał(a) lub był(a) skierowany(a) na konsultacje lekarskie, badania lub leczenie związane z chorobą AIDS, infekcją HIV lub chorobą weneryczną?	☐	☐	Kiedy? Z czym było to związane (AIDS, HIV czy choroba weneryczna)? ....
g	Czy kiedykolwiek ubiegał(a) się Pan(i) lub otrzymał(a) świadczenie rehabilitacyjne, rentę chorobową, rentę inwalidzką lub orzeczono niezdolność do pracy, jakikolwiek stopień niepełnosprawności? Prosimy podkreślić właściwe.	☐	☐	Stopień niepełnosprawności: lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny ☐ Rodzaj niezdolności do pracy : częściowa ☐ całkowita ☐ Przyczyna: Kiedy? Jak długo? ....
h	Czy przebywał(a) Pan(i) na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 1 m-c?	☐	☐	Kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu? ....
i	Czy kiedykolwiek Pan(i) palił(a) papierosy (tytoń)?	☐	☐	Okres palenia papierosów (tytoniu): OD d d m m r r r r DO d d m m r r r r Dziennie ☐☐☐ szt.

NUMER POLISY LUB NUMER SERYJNY WNIOSKU

3.	DODATKOWE INFORMACJE	TAK	NIE	
j	Czy pije Pan(i) alkohol?	☐	☐	Prosimy podać ilość wypijanych tygodniowo napojów alkoholowych w jednostkach poniżej określonych: lampka wina 0,2l; małe piwo 0,33l; duże piwo 0,5l; kieliszek wódki 0,05l, **według wzoru: 2 małe piwa tygodniowo (0,33l x 2) = 0,66l**. Jeśli Pan(i) nie pije, prosimy wpisać „0” Piwo ☐,☐☐ Wino ☐,☐☐ Mocne alkohole ☐,☐☐
k	Czy był(a) Pan(i) leczony/-a lub zalecono Panu/-i leczenie z powodu spożywania alkoholu?	☐	☐	Kiedy? Jak długo? Kiedy zakończono leczenie? .....
l	Czy zażywa lub zażywał(a) Pan(i) narkotyki lub inne środki odurzające?	☐	☐	Jakie? Jak długo? Kiedy po raz ostatni? .....
ł	Czy ktoś z grona Pana/-i naturalnych rodziców, braci lub sióstr chorował/choruje lub zmarł na cukrzycę, nowotwór, chorobę serca, utraty świadomości, choroby nerek (torbielowatość nerek, inne), załamanie nerwowe lub jakikolwiek rodzaj choroby dziedzicznej lub wrodzonej?	☐	☐	Stopień pokrewieństwa? W jakim wieku? Z jakiego powodu? .....
m	Czy zawarł(a) Pan(i) w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy lub oczekuje Pan(i) na zawarcie jakiejkolwiek umowy ubezpieczenia na życie, w tym lub innym towarzystwie ubezpieczeniowym (z wyjątkiem niniejszego wniosku)?	☐	☐	Nazwa towarzystwa .....
n	Czy kiedykolwiek Pana/-i wniosek o ubezpieczenie na życie został odrzucony, odroczony lub zaproponowano Panu/-i zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach?	☐	☐	Nazwa towarzystwa: ..... Powód: ..... Odroczony ☐ Odrzucony ☐ Zmienione warunki ☐
o	Czy uprawia Pan(i) zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub uprawia Pan(i) sport wyczynowo lub zawodowo w myśl Ogólnych Warunków Ubezpieczenia? Jeśli tak, prosimy o dołączenie do deklaracji stosownej ankiety oraz podanie jej nazwy na stronie 4 w części „II. DODATKOWE WYJAŚNIENIA”.	☐	☐	Rodzaj: .....
p	Czy przebywał(a) Pan(i) lub zamierza przebywać poza Unią Europejską i Ameryką Północną w celach innych niż wyjazdy urlopowe?	☐	☐	Gdzie? ..... OD d d m m r r r r DO d d m m r r r r

II. DODATKOWE WYJAŚNIENIA

NR PYTANIA	SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE I WYJAŚNIENIA

Oświadczenie: Ja, niżej podpisany, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i są przekazane w dobrej wierze.

DATA d d m m r r r r

PODPIS UCZESTNIKA

NUMER POLISY LUB NUMER SERYJNY WNIOSKU

III. DANE LEKARZA, Z USŁUG KTÓREGO KORZYSTA UCZESTNIK

NAZWISKO I IMIĘ LEKARZA PROWADZĄCEGO / RODZINNEGO

NAZWA PLACÓWKI MEDYCZNEJ, W KTÓREJ PRZYJMUJE LEKARZ PROWADZĄCY / RODZINNY

ADRES PLACÓWKI MEDYCZNEJ

VII. PARAMETRY UBEZPIECZENIA

ZAKRES, WYSOKOŚĆ I KOSZT OCHRONY ZGODNIE Z KWOTACJĄ NR ZAŁĄCZONĄ DO WNIOSKU.

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 OPIEKUN VIP wraz z odpowiednimi ogólnymi warunkami umów dodatkowych, jak również Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz Tabelą Opłat stanowiącymi załączniki do Warunków Ogólnych Klauzuli Kapitałowej, i oświadczam, że żadne z ich postanowień nie narusza moich interesów w szczególności w sposób rażący.
Upoważniam Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej, oraz w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, jak również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat na pisemne żądanie innego zakładu 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 wniosku ubezpieczenia powyższe upoważnienia są nieodwołalne i nie wygasają z chwilą mojej śmierci.
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.

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. Domaniewska 44, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

DATA

d d m m r r r r

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA