

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZGODY NA DORECZENIE WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA NA TRWAŁYM NOŚNIKU

Wyrażam zgodę na doręczenie mi ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednich ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych oraz Umowy ubezpieczenia grupowego, której stronami są Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i **Nazwa i siedziba Ubezpieczającego**, na trwałym nośniku w postaci płyty kompaktowej.

data przed początkiem odpowiedzialności **Anna Nowak** **PODPIS ANNY NOWAK**
 Data, miejscowość imię i nazwisko osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia podpis osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie (04/2019)



ZAZNACZYĆ STATUS: Małżonek Partner Pełnoletnie dziecko

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X” NR POLISY / WNIOSKU _____

WZÓR WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ CZŁONKA RODZINY RDS _____

UBEZPIECZAJĄCY

Zarząd Oddziałowy Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Funkcjonariuszy Straży Granicznej przy Nadwiślańskim Oddziale Straży Granicznej

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię **ANNA NOWAK**

Data urodzenia **02 02 1999** PESEL **99020203040** Seria i numer dokumentu tożsamości **BCD 345 678** Płeć **K, M**

Obywatelstwo **POLSKIE** E-mail **ANNA.NOWAK@MAIL.COM**

Adres zamieszkania **UL. MARSZAŁKOWSKA 3; 02-324 WARSZAWA**

Adres do korespondencji _____

Nr tel. **500444300** Zawód wykonywany **GŁ. KSIĘGOWA**

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. JAN KOWALSKI	100	99010102030	PARTNER
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

SKŁADKA (wybrany wariant oznaczyć „X”)

Ubezpieczenie podstawowe (do wyboru wyłącznie jeden wariant):

WARIANT 1 49,65 zł WARIANT 2 59,00 zł WARIANT 3 70,50 zł

WYBRAĆ WYSOKOŚĆ SKŁADKI

Ubezpieczenie dodatkowe wyłącznie dla Pracownika po wyborze ubezpieczenia podstawowego (do wyboru wyłącznie jeden wariant):

CEGIEŁKA 1 6,00 zł CEGIEŁKA 2 10,00 zł

DANE PRACOWNIKA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY DO UMOWY UBEZPIECZENIA PRZYSTĘPUJE MAŁŻONEK* / PARTNER* / PEŁNOLETNIE DZIECKO*)

Nazwisko i imię Pracownika **JAN KOWALSKI**

PESEL Pracownika **99010102030** Data zawarcia związku małżeńskiego **DD MM RRRR**

Wyrażam zgodę na potrącanie Składki z tytułu ubezpieczenia zgłaszanej przeze mnie osoby ubezpieczanej z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia). Oświadczam**, że pozostaję z osobą zgłaszaną przeze mnie do Umowy ubezpieczenia: w związku małżeńskim* / stałym związku partnerskim* (definicja Partnera zgodnie z zapisami SIWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

data przed początkiem odpowiedzialności **WARSZAWA** **PODPIS JANA KOWALSKIEGO**
 Data, miejscowość podpis Pracownika

DANE PARTNERA

NIE DOTYCZY W PRZYPADKU WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ CZŁONKA RODZINY

Nazwisko i imię Partnera _____
 PESEL Partnera _____

* Niepotrzebne skreślić.
 ** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

W przypadku wypełnienia pola "NIE" lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru "TAK"/"NIE" w sekcji I osoba składająca Deklarację zgody nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

SEKCJA I*

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. TAK NIE
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody zostały mi doręczone następujące dokumenty: ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, Umowa ubezpieczenia**, specyfikacja istotnych warunków zamówienia (SIWZ)**, oferta Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z załącznikami**, pytania składane przez wykonawców w procesie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oraz odpowiedzi ubezpieczającego na te pytania**, z którymi to dokumentami zapoznałem się i je akceptuję. Zapoznałem się z zakresem ubezpieczenia, a także z wysokością sum ubezpieczenia i je akceptuję.
- Oświadczam, że spełniam warunki zdolności ubezpieczeniowej wskazane w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie, na podstawie których została zawarta Umowa ubezpieczenia, do której przystępuję.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszej Deklaracji zgody są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej obejmującą także wysokość sumy ubezpieczenia określoną w Umowie ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych, o informację o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej. TAK NIE
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. TAK NIE

SEKCJA II A**

- Nazwa i adres placówki medycznej, w której jestem leczony: _____
- Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 2 tygodnie? TAK NIE
- Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum, placówce dla przelazonych lub w innym miejscu opieki zdrowotnej? TAK NIE
- Czy na dzień podpisania niniejszej Deklaracji zgody jest orzeczona u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności do ubezpieczenia społecznego? TAK NIE

OBYWIAZKOWE DLA WSZYSTKICH CZŁONKÓW RODZINY

SEKCJA II B

- Czy w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przez okres dłuższy niż 3 tygodnie jednorazowo (w przypadku kobiet nie dotyczy ciąży lub porodu)? W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o napisanie poniżej jakie choroby i o delegiwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo). TAK NIE
- Czy kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub roztękania, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, choroby psychicznej, zaburzenia zachowania, choroby płuc, nosogardłowej, choroby nerek, padaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową żołądka, choroby serca, choroby układu krążenia, choroby mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę alkoholową, choroby wątroby lub choroby z przychodni lub wyniki wykonywanych badań? TAK NIE
- Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? TAK NIE

NIEOBYWIAZKOWE DLA DOTYCHCZAS UBEZPIECZONYCH CZŁONKÓW RODZINY PRZYSTĘPUJĄCYCH Z DNIEM STARTU PROGRAMU, OBYWIAZKOWE DLA DOTYCHCZAS NIEUBEZPIECZONYCH CZŁONKÓW RODZINY

SEKCJA III

- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi Certyfikatów ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z Umową ubezpieczenia do której przystępuję, wybierając jako formę kontaktu:
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) TAK NIE
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. TAK NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) TAK NIE
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) TAK NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. TAK NIE

SEKCJA IV

- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty. TAK NIE

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

Data data przed początkiem odpowiedzialności **WARSZAWA** miejscowość PODPIS ANNY NOWAK podpis Ubezpieczonego

Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący Deklarację zgody

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI DD-MM-RRRR PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 0.1 **UZUPEŁNIĆ**

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA DD-MM-RRRR Umowa o pracę Umowa cywilnoprawna
(nie dotyczy Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)
W razie przekroczenia terminów określonych w OWU, pracownik będzie objęty karencją na zasadach określonych w OWU.
Małżonkowie / Partnerzy / Pełnoletnie dzieci zgłoszeni do Umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonych Pracowników objęci są karencją na zasadach określonych w OWU.

UWAGI:
data przed początkiem odpowiedzialności **WARSZAWA** **PODPIS OSOBY Z DZIAŁU KADR**
Data data przed początkiem odpowiedzialności miejscowość pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego

* W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji lub przy danej zgodzie, osoba składająca Deklarację zgody nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.
** Niepotrzebne skreślić.
*** Udzielenie odpowiedzi na pytania znajdujące się w Sekcji II A jest obowiązkowe.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia składki ochronnej z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie w Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group.

PODPIS JANA KOWALSKIEGO
podpis Ubezpieczonego