

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZGODY NA DORĘCZENIE 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

Jan Kowalski

PODPIS JANA KOWALSKIEGO

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)

X Pracownik



WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

NR POLISY / WNIOSKU \_\_\_\_\_

WZÓR WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ PRACOWNIKA

RDS \_\_\_\_\_

UBEZPIECZAJĄCY

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

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię JAN KOWALSKI

Data urodzenia 01 01 1999 PESEL 99010102030 Seria i numer dokumentu tożsamości ABC 123 456 Płeć K X

Obywatelstwo POLSKIE E-mail JAN.KOWALSKI@MAIL.COM

Adres zamieszkania UL. MARSZAŁKOWSKA 3; 02-324 WARSZAWA

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

Nr tel. 500400300 Zawód wykonywany GŁ. KSIĘGOWY

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Table with 4 columns: Nazwisko i imię, Udział w %, PESEL lub data urodzenia, Stopień pokrewieństwa. Rows include NOWAK ANNA (PARTNERKA) and KOWALSKA BARBARA (MATKA).

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

NIE DOTYCZY W PRZYPADKU WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ PRACOWNIKA

PESEL Pracownika \_\_\_\_\_ Data zawarcia związku małżeńskiego D.D.-M.M.-R.R.R.R. \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na potrącanie Składki z tytułu ubezpieczenia... Oswiadczam\*\*, że pozostaję z osobą zgłaszaną przeze mnie... (definicja Partnera zgodnie z zapisami SIWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

Data D.D.-M.M.-R.R.R.R. \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Pracownika \_\_\_\_\_

DANE PARTNERA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY PRACOWNIK NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM I DO UMOWY UBEZPIECZENIA NIE PRZYSTĘPUJE JEGO PARTNER JAKO OSOBA UBEZPIECZONA ORAZ W ZAKRESIE UMOWY UBEZPIECZENIA WYSTĘPUJĄ RYZYKA RODZINNE DOTYCZĄCE MAŁŻONKA)

Nazwisko i imię Partnera NOWAK ANNA

PESEL Partnera 99020203040

\* 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 udzielił 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 3 tygodnie?  TAK  NIE
- Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum, placówce dla przelazionych lub w innym miejscu opieki zdrowotnej?  TAK  NIE
- Czy na dzień podpisania niniejszej Deklaracji zgody jest orzeczona na stosunku do Pana/Pani niezdolność do ubezpieczenia społecznego?  TAK  NIE

**OBOWIĄZKOWE DLA WSZYSTKICH PRACOWNIKÓW**

**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 lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo). \_\_\_\_\_
- Czy kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub rozpoznano u Pana/Pani chorobę zakaźną, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, choroby psychiczne, zaburzenia zachowania, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, przebywał/a Pan/Pani leczenie kardiochirurgiczne? W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o napisanie poniżej jakiego rodzaju choroby lub wyniki wykonywanych badań? \_\_\_\_\_
- Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności?  TAK  NIE

**OBOWIĄZKOWE DLA: PRACOWNIKÓW PRZYSTĘPUJĄCYCH PO UPŁYWIE 3 MIESIĘCY OD STARTU PROGRAMU I PO UPŁYWIE 3 MIESIĘCY OD DATY ZATRUDNIENIA**

**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 JANA KOWALSKIEGO** 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 **UZUPEŁNIĆ** **WYBRAĆ FORME ZATRUDNIENIA**  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.