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

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

☒ Pracownik ☐ Małżonek ☐ Partner ☐ Pełnoletnie dziecko ← ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE

WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X"

WZÓR WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ PRACOWNIKA

NR POLISY / WNIOSKU _____

RDS _____

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej UZUPEŁNIĆ

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię KOWALSKI JAN

Data urodzenia 01 01 1999 PESEL 90010102030 Seria i numer dokumentu tożsamości ABC123456 Płeć K ☒

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

Adres zamieszkania UL. MARSZAŁKOWSKA 3, 02-324 WARSZAWA

Adres do korespondencji _____

Nr tel. 500400300 Zawód wykonywany pracownik biurowy

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. NOWAK ANNA	100	99020203040	PARTNERKA
2.			
3.			
4.			

SKŁADKA

Składka ubezpieczeniowa UZUPEŁNIĆ **zł**

DANE PRACOWNIKA

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

Nazwisko i imię Pracownika NIE DOTYCZY W PRZYPADKU WYPEŁNIANIA 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 zgłaszanej przeze mnie osoby [illegible] z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia). Oświadczam**, że pozostaję z osobą zgłaszaną przeze mnie do Umowy ube[illegible] w związku małżeńskim* / stałym związku partnerskim* (definicja Partnera zgodnie z zapisami SWZ / 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)

Nazwisko i imię Partnera NOWAK ANNA

PESEL Partnera 99020203040

* Niepotrzebne skreślić.
** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

CL/Deklaracja papierowa/vs.2/2021

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Użyte poniżej określenie Compensa oznacza Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa)

SEKCJA I – OŚWIADCZENIA NIEZBĘDNE DO OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody zostały mi doręczone te z poniższych dokumentów, na podstawie których została zawarta Umowa ubezpieczenia, do której przystępuję: ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, Umowa ubezpieczenia, oferta Compensa z załącznikami (w przypadku przetargu, dostępne wyłącznie u Zamawiającego: specyfikacja warunków zamówienia (SWZ), 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 w zakresie bycia Pracownikiem/ Małżonkiem/Partnerem/ Pełnoletnim dzieckiem, 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.
- Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do wyrażania zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia na życie, do której przystępuję, w tym w szczególności na zmiany tej Umowy ubezpieczenia dotyczące zakresu ochrony, sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi [illegible] pieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem [illegible] łączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na [illegible]
- [illegible] nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki [illegible] owiedzialności Compensa oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

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.

☒ TAK na wszystkie powyższe ☐ NIE na którąkolwiek z powyższych

SEKCJA II

- 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 21 dni jednorazowo (w przypadku kobiet nie dotyczy ciąży lub porodu)? W przypadku odpowiedzi „Tak", prosimy o napisanie poniżej jakie choroby lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lek[illegible] ☐ TAK ☐ NIE
- [illegible] k z chorób: nowotwór lub guz innego rodzaju, białaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową żo[illegible] ą z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, ch[illegible] go upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub pr[illegible] zenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia ch[illegible] ☐ TAK ☐ NIE
- Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? ☐ TAK ☐ NIE

Wypełniają pracownicy przystępujący po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia lub startu programu.

SEKCJA III

- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi Certyfikatów ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z Umową ubezpieczenia do której przystępuję drogą elektroniczną lub telefoniczną. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę, aby Compensa podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych podanych przeze mnie lub pozyskanych w trakcie wykonywania Umowy ubezpieczenia w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia, we własnych celach marketingowych:
  - w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia ☐ TAK ☐ NIE
  - po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących:
  - wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) ☐ TAK ☐ NIE
  - połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR). ☐ TAK ☐ NIE

SEKCJA IV

- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe podane przeze mnie lub pozyskane w trakcie wykonywania Umowy ubezpieczenia w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia były przekazywane przez Compensa do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, w celu ich przetwarzania oraz na podejmowanie wobec mnie decyzji opartych wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celach marketingowych Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group. ☐ TAK ☐ NIE

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

Data D D - M M - R R R R data przed początkiem odpowiedzialności — WARSZAWA (miejscowość) — PODPIS JANA KOWALSKIEGO (podpis Ubezpieczonego)

Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący Deklarację zgody

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI D D - M M - R R R R

PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 0 1 - uzupełnić R R
(nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpieczonego)

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA D D - M M - R R R R uzupełnić
(nie dotyczy Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)

WYBRAĆ FORMĘ ZATRUDNIENIA ☐ Umowa o pracę ☐ Umowa cywilnoprawna

Data D D - M M - R R R R data przed początkiem odpowiedzialności — WARSZAWA (miejscowość) — PODPIS OSOBY Z DZIAŁU KADR (pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego)

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