

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, na trwałym nośniku w postaci płyty kompaktowej.

Data, miejscowość

imię i nazwisko osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

podpis osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

Pracownik Małżonek Partner Pełnoletnie dziecko

COMPENSA 
VIENNA INSURANCE GROUP

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

NR POLISY / WNIOSKU _____

RDS _____

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej _____

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia D, D, - M, M, - R, R, R, R, PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Płeć K, M

Obywatelstwo _____ E-mail _____

Adres zamieszkania _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ Zawód wykonywany _____

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stoień pokrewieństwa
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

SKŁADKA

Składka ubezpieczeniowa: wariant I: 46,50 zł

wariant II: 67,00 zł

wariant III: 95,00 zł

DANE PRACOWNIKA

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

Nazwisko i imię 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 ubezpieczonej 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 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 _____

PESEL Partnera _____

* Niepotrzebne skreślić.

** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

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 OCHRONY UBEZPIECZENIOWA

- 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 występowanie przez Compensa do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje 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 wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

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 lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo). TAK NIE
- Czy kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub rozpoznano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób: nowotwór lub guz innego rodzaju, białaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową żołądka, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę psychiczną, zaburzenia zachowania, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub przebył/a Pan/Pani leczenie kardiochirurgiczne? W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o załączenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia 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

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 wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celach marketingowych Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group. TAK NIE

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

- Jednocześnie wnioskuję o zawarcie ze mną jako Ubezpieczającym umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z dniem przystąpienia do grupowego ubezpieczenia wskazanego w powyższej deklaracji zgody.
- Wskazuję jako uposażonych w umowie indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie osoby wskazane w sekcji UPOSAŻENI powyższej deklaracji zgody.
- Oświadczam, że wszelkie zgody i informacje udzielone w powyższej deklaracji zgody dotyczą również umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, której dotyczy ten wniosek.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone dokumenty kształtujące treść grupowej umowy ubezpieczenia oraz warunki indywidualnego kontynuowania tej umowy: Umowa ubezpieczenia, ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, z którymi to dokumentami zapoznałem się i je akceptuję.
- Oświadczam, że akceptuję zakres ubezpieczenia oraz wysokość sum ubezpieczenia.
- Przyjmuję do wiadomości, że składka z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji oraz jej częstotliwość jest zgodna z warunkami obowiązującymi dla umowy grupowego ubezpieczenia, którego dotyczy powyższa deklaracja zgody oraz że pierwsza składka powinna zostać opłacona nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia Polisy, a także że składki należy wpłacać na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo na blankietach opłat dołączonych do Polisy.

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

Data DD MM RRRR _____ miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego _____

Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący Deklarację zgody

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI DD MM RRRR PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01 MM RRRR
(nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpieczonego) Umowa o pracę Umowa cywilnoprawna

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA DD MM RRRR
(nie dotyczy Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)

Data DD MM RRRR _____ miejscowość _____ pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego _____