

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

Nr polisy / wniosku _____

RDS _____

Pracownik lub Małżonek Partner

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”
UBEZPIECZAJĄCY

**Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy Straży Granicznej
 Zarząd Oddziałowy w Chełmie,
 ul. Trubakowska 2, 22-100 Chełm**

DANE UBEZPIECZANEGO (osoby, która przystępuje do ubezpieczenia)

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia DD-MM-RRRR PESEL _____ Seria i nr dokumentu tożsamości _____ Płeć K M

Obywatelstwo _____ Adres e-mail _____

Adres stały

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____

Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____

Wypełnia pracownik (tylko w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia małżonka, partnera)

Nazwisko i imię pracownika _____

PESEL pracownika _____ data zawarcia związku małżeńskiego DD-MM-RRRR

Wyrażam zgodę na potrącanie składki z tytułu ubezpieczenia zgłaszanej przeze mnie osoby 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 uprawdopodobnionym przez wspólne prowadzenie gospodarstwa domowego, zamieszkiwanie pod wspólnym adresem oraz:

- a) posiadanie wspólnych dzieci albo
- b) posiadanie wspólnego rachunku bankowego albo
- c) zawarcie wspólnie umowy kredytu*

 data, miejscowość

 podpis Pracownika

UPOSAŻENI NA WYPADEK ŚMIERCI OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

SKŁADKA

Składka ubezpieczeniowa (zaznaczyć wybrany wariant)
 49,00 zł
 55,00 zł
 71,00 zł

OŚWIADCZENIA

1. Niniejszym wyrażam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej, w tym na wysokość sum ubezpieczeń, świadczonej przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, do której niniejsza deklaracja zgody jest składana oraz oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji zgody zapoznałem się z ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednimi ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych, zakresem ubezpieczenia i je akceptuję.

2. Oświadczam, że spełniam warunki zdolności ubezpieczeniowej wskazanej w umowie generalnej i ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie, na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia, do której przystępuję.

3. Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz 408 z późn. zm.), które udzielały lub będą mi udzielać świadczeń zdrowotnych, celem uzyskania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie w jakichkolwiek dokumentach ubezpieczeniowych wykorzystywanych w wykonywaniu niniejszej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, danych o stanie zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem informacji stanowiących wyniki badań genetycznych.

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których byłem/am lub jestem leczony/a: _____

Czy w dniu podpisania deklaracji zgody przebywał Pan / Pani na zwolnieniu lekarskim powyżej 21 dni Tak Nie

4. Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1) w związku z art. 27 ust. 2 pkt 1) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nałogach, zawartych w niniejszej deklaracji oraz w innych dokumentach związanych z zawarciem i obsługą umowy ubezpieczenia.

5. Niniejszy złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich, wymienionych powyżej w pkt 1 - 4, oświadczeń.

 data, miejscowość

 podpis Ubezpieczonego

Wypełniają współmałżonkowie, partnerzy (zawsze) oraz pracownicy przystępujące do ubezpieczenia po 4 miesiącach od dnia nabycia praw do ubezpieczenia.

6. Oświadczenie o stanie zdrowia

Czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywał/-a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przez okres dłuższy niż 3 tygodnie jednorazowo Tak Nie
 (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 którąkolwiek z chorób: nowotwór złośliwy, białaczkę, cukrzycę typu I., stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, niewydolność nerek, chorobę psychiczną, zaburzenia zachowania, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, marskość wątroby lub przebył/-a Pan/Pani leczenie kardiochirurgiczne? Tak Nie

Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawność? Tak Nie

 data, miejscowość

 podpis Ubezpieczonego

Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący deklarację

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI DD-MM-RRRR

PROPONOWANA DATA
 POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01-MM-RRRR

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA DD-MM-RRRR

Umowa o pracę Umowa cywilnoprawna

(nie dotyczy małżonka / partnera zgłaszanego do ubezpieczenia)

W razie przekroczenia terminów określonych w umowie, Ubezpieczony będzie objęty karencją na zasadach określonych w OWU.

UWAGI:

 data, miejscowość, pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego

 data, pieczęć i podpis pracownika Compensy przyjmującego deklarację

Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz 926 z późn. zm.) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group informuje, że:

- 1) Administratorem danych, na których przetwarzanie wyraził/a Pan/Pani zgodę jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
- 2) Pani/Pana dane osobowe będą wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczającym.
- 3) Przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.
- 4) Podanie danych osobowych jest dobrowolne
- 5) Pani/Pana dane osobowe mogą być, teraz i w przyszłości, udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także jeżeli Pani/Pan wyraził/a na to zgodę, podmiotom, z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

Administrator danych osobowych