

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZGODY NA DORECZENIE WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA NA TRWAŁYM NOŚNIKU

Wyrażam zgodę na doreczenie 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**

Data, miejscowość

imię i nazwisko osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

PODPIS ANNY NOWAK

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

NSZZ Funkcjonariuszy Straży Granicznej
Zarząd Oddziałowy w Chełmie
ul. Trubakowska 2, 22-100 Chełm

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

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. _____	_____	_____	_____

WYBRAĆ WYSOKOŚĆ SKŁADKI („X”)

WARIANT 1 49,00 zł

WARIANT 2 55,00 zł

WARIANT 3 71,00 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**
Data _____ miejscowość

PODPIS JANA KOWALSKIEGO
podpis Pracownika

DANE PARTNERA

NIE DOTYCZY W PRZYPADKU WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ CZŁONKA RODZINY

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 odpowiedź 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 obejmującej 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 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 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 udzielili 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 21 dni? TAK NIE
- Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych? TAK NIE
- Czy na dzień podpisania niniejszej Deklaracji zgody jest orzeczona w stosunku do Pana/Pani niezdolność do pracy lub niezdolność do ubezpieczenia społecznego? TAK NIE

OBOWIĄZKOWE 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 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, cukrzyca, choroba wrzodowa żołądka, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa 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 przebywał/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). _____
- Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? TAK NIE

OBOWIĄZKOWE DLA WSZYSTKICH 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 ofert, 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 ofert. TAK NIE

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

Data _____ **data przed początkiem odpowiedzialności** _____ **WARSZAWA** _____ **PODPIS ANNY NOWAK**
miejscowość 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 _____ **data przed początkiem odpowiedzialności** _____ **WARSZAWA** _____ **PODPIS OSOBY Z DZIAŁU KADR**
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