

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 POŁA 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	Stopień pokrewieństwa
1. _____	_____	_____	
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
4. _____	_____	_____	

SKŁADKA

Składka ubezpieczeniowa _____ 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 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 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 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 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, żółtaczkę, 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 przebywał/a Pan/Pani leczenie kardiologiczne? 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: ☐ 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: ☐ TAK ☐ NIE
- 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 DD-MM-RR,RR,RR _____ miejscowość _____ podpis Ubezpiezonego _____

Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący Deklarację zgody

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI DD-MM-RR,RR,RR

PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01-MM-RR,RR,RR
(nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpiezonego)

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

☐ Umowa o pracę ☐ Umowa cywilnoprawna

Data DD-MM-RR,RR,RR _____ miejscowość _____

pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego