

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

 Pracownik Małżonek Partner Pełnoletnie dziecko

VIENNA INSURANCE GROUP

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

NR POLISY / WNIOSKU _____

UBEZPIECZAJĄCY

Wypełnia Osoba upoważniona przez Ubezpieczającego przyjmująca Deklarację zgody (poniższe dane dotyczą Ubezpieczonego składającego Deklarację zgody)

Nazwa i siedziba lub czytelny
odcisk pieczęci firmowej**NSZZ Policjantów Zarząd Wojewódzki w Rzeszowie**

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01 - MM - RR,RR,RR (nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpieczonego)DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA DD - MM - RR,RR,RR Umowa o pracę Umowa cywilnoprawna

(nie dotyczy Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)

Data DD - MM - RR,RR,RR
miejsowość _____

pieczęć i podpis Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia DD - MM - RR,RR,RR PESEL _____ Seria, numer, oznaczenie dokumentu stwierdzającego tożsamość _____ Płeć K, M

Obywatelstwo _____ E-mail _____

Adres _____

Nr tel. _____ Zawód wykonywany _____

UPOSAŻENI GŁÓWNI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

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

UPOSAŻENI ZASTĘPCZY (gdy w dacie śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych głównych stało się bezskuteczne)

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

SKŁADKA

Składka podstawowa: **Wariant I** 63,00 zł **Wariant II** 72,00 zł **Wariant III** 76,00 zł **Wariant IV** 70,00 zł **Wariant V** 87,00 zł **Wariant VI** 110,00 zł

Cegielki: (można dobrać każdy rodzaj cegiełki, ale w danym rodzaju tylko jeden wariant)

Dziecko	Nieszczęśliwy wypadek	Zdrowie	Rodzina	Onkologiczna*	Kardiologiczna*	9_gdYfWU cdJb]Ua YXnWbU*
wariant 1: <input type="checkbox"/> 7,00 zł	wariant 1: <input type="checkbox"/> 8,00 zł	wariant 1: <input type="checkbox"/> 9,00 zł	wariant 1: <input type="checkbox"/> 15,00 zł	wariant 1: <input type="checkbox"/> 19,00 zł	wariant 1: <input type="checkbox"/> 10,00 zł	
wariant 2: <input type="checkbox"/> 12,00 zł	wariant 2: <input type="checkbox"/> 13,00 zł	wariant 2: <input type="checkbox"/> 14,00 zł	wariant 2: <input type="checkbox"/> 21,00 zł	wariant 2: <input type="checkbox"/> 28,00 zł	wariant 2: <input type="checkbox"/> 16,00 zł	wariant: <input type="checkbox"/> 0,00 zł

*Przy wyborze cegiełki onkologicznej i/lub kardiologicznej obowiązuje wymóg wypełnienia odpowiedzi na pytania dot. stanu zdrowia w Sekcji II. Maksymalny wiek przystąpienia do cegiełki onkologicznej i/lub kardiologicznej wynosi 60 lat.

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 (dotyczy przystąpienia małżonka) DD - MM - RR,RR,RR

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia) Składki ubezpieczeniowej za osobę, która składa niniejszą Deklarację zgody. Oświadczam**, że pozostaję z osobą, która składa niniejszą deklarację zgody: w związku małżeńskim* / stałym związku partnerskim* (definicja Partnera zgodnie z zapisami SWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

Data DD - MM - RR,RR,RR
miejsowość _____ podpis Pracownika _____

DANE PARTNERA

WYPEŁNIA PRACOWNIK LUB PEŁNOLETNIE DZIECKO (TYLKO W PRZYPADKU, GDY NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM)

Nazwisko i imię Partnera _____

PESEL Partnera _____

* Niepotrzebne skreślić.

** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Użyte poniżej określenie Vienna Life oznacza Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 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 Compensa Bezpieczna Grupa o symbolu BRP-10624 (dalej: OWU); Umowa ubezpieczenia; propozycja ubezpieczenia (dot. gdy deklaracja zgody jest składana wraz z wnioskiem o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie); oferta Vienna Life z załącznikami, specyfikacja warunków zamówienia (SWZ), pytania składane przez wykonawców w procesie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oraz odpowiedzi Ubezpieczającego na te pytania (dotyczy gdy umowa ubezpieczenia jest zawarta w trybie przetargowym). Zapoznałem się z powyższymi dokumentami i je akceptuję. Zapoznałem się także z zakresem ubezpieczenia oraz z wysokością sum ubezpieczenia/świadczeń i je akceptuję.
- Oświadczam, że spełniam określone w OWU warunki zdolności ubezpieczeniowej dla Pracownika/ Małżonka/Partnera/ Pełnoletniego dziecka.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszej Deklaracji zgody są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej oraz na wysokość sumy ubezpieczenia/świadczeń.
- Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do wyrażania zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia, do której przystępuję, w tym w szczególności na zmiany tej Umowy ubezpieczenia dotyczące zakresu ochrony, sumy ubezpieczenia/świadczenia lub składki ubezpieczeniowej.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Vienna Life 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.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Vienna Life 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 Vienna Life oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

 TAK na wszystkie powyższe NIE na którąkolwiek z powyższych

Należy wypełnić Sekcję II, jeżeli Umowa ubezpieczenia nie zwalnia z obowiązku złożenia oświadczenia o stanie zdrowia i/lub wybrano cegielkę onkologiczną i/lub kardiologiczną

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 (pytanie nie dotyczy, gdy zwolnienie lekarskie było z powodu ciąży lub porodu, złamań i skręceń kończyn)? W przypadku odpowiedzi „Tak”, prosimy o napisanie poniżej jakie choroby lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo)..

 TAK NIE

- Czy w ostatnich 5 latach zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub rozpoznano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób: nowotwór lub guz innego rodzaju, białaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową żołądka, wrzodziejące zapalenie jelit, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, chorobę wieńcową z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę psychiczną, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub przebył/a Pan/Pani leczenie kardiochirurgiczne lub leczenie naczyń krwionośnych za wyjątkiem żyłaków kończyn dolnych i pajęczków naczyniowych lub wartości ciśnienia tętniczego przekraczały 160/100 mmHg? 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

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” na którekolwiek z pytań Sekcji II Ubezpieczony nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach cegielki onkologicznej i/lub kardiologicznej

SEKCJA III

- Wyrażam zgodę, aby Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie moich danych osobowych podanych przeze mnie lub pozyskanych w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia, we własnych celach marketingowych:

TAK NIE
 TAK NIE

po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Vienna Life 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:

TAK NIE
 TAK NIE

- 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 Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu ich przetwarzania oraz podejmowania wobec mnie decyzji opartych o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie w celach marketingowych przez 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. RRRRRR, _____
 miejscowość

 podpis Ubezpieczonego