

SUPER GWARANCJA

DEKLARACJA ZGODY PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA

2021

UWAGA! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA NR: _____ należy wypełnić w przypadku, gdy niniejsza deklaracja zgody składana jest przez osobę, przystępującą do zawartej umowy ubezpieczenia.

Nr wniosku o zawarcie Umowy Podstawowej: P/ DD - MM - RRRR / _____
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)

Nr wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej: D/ DD - MM - RRRR / _____
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)

DD - MM - RRRR

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

STATUS UBEZPIECZANEGO (zaznacz właściwe):

Pracownik: Małżonek: * Pełnoletnie Dziecko: * Konkubent/Partner: *

* Imię i Nazwisko Ubezpieczonego Pracownika (należy wpisać imię i nazwisko Ubezpieczonego Pracownika w przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia Małżonka / pełnoletniego Dziecka / Konkubenta / Partnera)

Data zatrudnienia Pracownika dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____

Zawód wykonywany: _____

DANE UBEZPIECZANEGO

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia: DD - MM - RRRR Rodzaj dokumentu tożsamości: _____ Seria i nr: _____

PESEL: _____ Obywatelstwo: _____ Miejsce urodzenia: _____ Państwo urodzenia: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Adres zamieszkania:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

Adres do korespondencji:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ ZGODNY Z ZAWARTĄ UMOWĄ UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia: _____ PLN słownie: _____

Składka: _____ PLN słownie: _____

Składka będzie opłacana z częstotliwością wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia.

Wnioskowana data początku odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group:

dzień: 01 miesiąc: _____ rok: _____

WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
ŁĄCZNIE				100 %

Niewskazanie beneficjenta skutkuje ustaleniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, zgodnie z treścią zawartej umowy ubezpieczenia.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

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
- Wyrażam zgodę, aby niniejsza deklaracja zgody i zawarte w niej informacje były podstawą do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową. Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza deklaracja zgody podlega weryfikacji przed objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji zgody, otrzymałem ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0218, ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0318**, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, w tym specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ), w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, Regulamin Uczestnictwa w Programie Pakiet Usług Assistance*** z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”***
- Oświadczam, iż w związku z udziałem w Programie „Pakiet Usług Assistance” otrzymałem informację na temat przetwarzania moich danych osobowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu. TAK NIE

SEKCJA II*

- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji zgody są zgodne z prawdą.
- 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.
- 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 udzieliłi 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
- Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji zgody nie przebywam na zwolnieniu lekarskim z powodu niezdolności do pracy wskutek choroby (dotyczy pracownika Ubezpieczającego). TAK NIE
- Przyjmuję do wiadomości, iż w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, koniecznym jest złożenie oświadczenia o stanie zdrowia****

SEKCJA III

- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi dokumentów potwierdzających objęcie ochroną, 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

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 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 oferty, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia. 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 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 oferty. TAK NIE

SEKCJA V

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich oświadczeń woli, koniecznych do zmian umowy ubezpieczenia, na które uprzednio wyraziłem zgodę, w tym także sumy ubezpieczenia.

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

DD - MM - RRRR _____
Data podpisania wniosku miejscowość podpis Ubezpieczanego

Niniejszym potwierdzam, że Ubezpieczany spełnia warunki, o których mowa w § 1 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0218.

_____ pieczęć zakładu pracy _____ data i podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Jako Dystrybutor ubezpieczeń oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczanego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

AGENT
/BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń _____ Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń _____
 Agent Broker
ID osoby fizycznej wykonującej czynności _____ Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności _____ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń _____
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

OFWCA*

AGENT

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.
ID Dystrybutora ubezpieczeń _____ Dystrybutor ubezpieczeń _____
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.
ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń _____ Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń _____ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA _____
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

OFWCA*

* Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym.

** W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, osoba składająca Deklarację zgody nie zostanie objęta ubezpieczeniem.

*** Dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia, w których zakres ochrony ubezpieczeniowej został rozszerzony o Umowę Dodatkową

**** Dotyczy wyłącznie Ubezpieczonych, których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

***** W przypadku Ubezpieczonych o statusie: pełnoletnie Dziecko, Konkubent, Partner.