

**SUPER GWARANCJA**

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

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 Dokument stwierdzający tożsamość: \_\_\_\_\_ Seria, numer, oznaczenie: \_\_\_\_\_

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.	_____	_____	_____	_____
<b>ŁĄCZNIE 100 %</b>				

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

Niniejszym potwierdzam, że Ubezpieczony 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

## 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-0522\*\*, 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 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
- 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, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. 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
- po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE
- w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń 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
- 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 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 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

SEKCJA IV

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.

  D  D   -   M  M   -   R  R  R  R  

Data podpisania wniosku

miejsowość

podpis Ubezpieczanego

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczanego oraz poprawność danych na podstawie okazanych mi dokumentów tożsamości/ w inny dopuszczony przepisami prawa polskiego sposób, w tym na podstawie aplikacji mObywatel. Potwierdzam, że podpisy zostały złożone przez powyżej wskazane osoby, których ten wniosek dotyczy.

AGENT /BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń  
 Agent  Broker

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

OFWCA

ID osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

OFWCA

ID Dystrybutora ubezpieczeń  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

**POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.**  
Dystrybutor ubezpieczeń

ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA  
Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

(OFWCA - Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym)

\* 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.