

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.	_____	_____	_____	_____
ŁĄCZNIE				100 %

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 *	<p>• Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>• 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.</p>
	<p>• Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji zgody, otrzymałem Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”, Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”, wskazane w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą o numerze przywołanym w niniejszej deklaracji zgody oraz 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.</p>
	<p>• Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”***</p>
	<p>• 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA II *	<p>• Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji zgody są zgodne z prawdą.</p>
	<p>• 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.</p>
	<p>• 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA III *	<p>• Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:</p> <p>a) nie jestem niezdolny do pracy z powodu choroby (należy udzielić odpowiedzi w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia zatwierdzonych przed lutym 2018 r.) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>b) nie przebywam na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby i przystępuję do umowy ubezpieczenia jako Pracownik Ubezpieczającego (należy udzielić odpowiedzi przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia zatwierdzonych po lutym 2018 r.) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>• Przyjmuję do wiadomości, iż w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, koniecznym jest złożenie oświadczenia o stanie zdrowia****</p>
SEKCJA IV	<p>• 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:</p> <p>Po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>W trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>• 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:</p> <p>Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>• 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
SEKCJA V	<p>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.</p> <p>Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.</p>

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

miejscowość

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	<p>_____</p> <p>ID Dystrybutora ubezpieczeń</p> <p><input type="checkbox"/> Agent <input type="checkbox"/> Broker</p>	<p>_____</p> <p>Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń</p>
	<p>_____</p> <p>ID osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń</p>	<p>_____</p> <p>Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń</p>
AGENT OFWCA	<p>_____</p> <p>ID Dystrybutora ubezpieczeń</p> <p>POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.</p>	<p>_____</p> <p>Dystrybutor ubezpieczeń</p> <p>POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.</p>
	<p>_____</p> <p>ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń</p> <p>POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.</p>	<p>_____</p> <p>Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń</p> <p>POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.</p>

(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.