

# WYPEŁNIENIE E-DEKLARACJI

OTWÓRZ LINK,  
KTÓRY OTRZYMAŁEŚ  
OD UBEZPIECZAJĄCEGO

# RODO i dokumenty do polisy

- zapoznaj się z załączonymi dokumentami
- zaznacz wymagane oświadczenia

## Program grupowego ubezpieczenia na życie dla Pracowników oraz członków ich rodzin

Przed wypełnieniem elektronicznie deklaracji zgody zapoznaj się z poniższymi dokumentami:

[📄Ogólne Warunki Ubezpieczenia - Bezpieczna Grupa 2021.02.04.pdf](#)

[📄Karta IDD Bezpieczna Grupa.pdf](#)

[📄Bezpieczna Grupa](#)

[📄Klauzula RODO.pdf](#)

[📄Regulamin portalu.pdf](#)

**Potwierdzenie zapoznania się z dokumentami jest obowiązkowe:**

Zapoznałem/am się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Grupowego na Życie

Zapoznałem/am się z ofertą ubezpieczenia grupowego na życie

Zapoznałem/am się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”

Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu portalu

## Status przystąpienia

Proszę wybrać status przystąpienia

PRACOWNIK  MAŁŻONEK  PARTNER  PEŁNOLETNIE DZIECKO

Typ osoby ubezpieczonej jest wymagany

**W przypadku bycia członkiem rodziny pracownika prosimy o podanie poniżej jego danych.**

Nazwisko pracownika:

Imię pracownika:

PESEL (data urodzenia tylko w przypadku, gdy pracownik nie posiada PESEL/RRRR-MM-DD):

Przejdź dalej

## Wybierz wariant

- wybierz jeden z podstawowych wariantów ubezpieczenia
- kliknij: Dalej

Wybierz wariant podstawowy

- Wariant: 2; składka: zł
- Wariant: 1; składka: zł

Dalej

Anuluj

# Uzupełnij formularz

## ▪ Dane Ubezpieczonego

### Formularz deklaracji przystąpienia kandydata

NR POLISY / WNIOSKU:

DANE UBEZPIECZONEGO

PRACOWNIKA  MAŁŻONKA  PARTNERA  PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

Data urodzenia:



Obywatelstwo:

E-mail:

Seria i numer dok. tożsamości:

Płeć:

M  K

**Adres zamieszkania**

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

**Adres korespondencyjny**

Taki sam, jak adres zamieszkania

# Uzupełnij formularz


- **uzupełnij wszystkie pola:** podaj numer telefonu, datę i rodzaj zatrudnienia
- **wskaż uposażonych**
- **możesz wskazać dane partnera/partnerki**

Telefon:  Zawód wykonywany:

**Rodzaj zatrudnienia**

Umowa cywilnoprawna  Umowa o pracę


**Data zatrudnienia**



**UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)**

	Czy osoba prawna? Nazwisko/Nazwa firmy	Imię/Nazwa firmy c.d. (opcjonalnie)	Udział	Data urodzenia (RRRR-MM-DD) lub PESEL lub NIP/REGON	Stopień pokrewieństwa
1.	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Data początku odpowiedzialności**

 \*

**SKŁADKA**

Składka ubezpieczeniowa:

**DANE PARTNERA**

Nazwisko:  Imię:  Pesel:

# Obowiązkowa zgoda

- **wyrażenie zgody na oświadczenia jest warunkiem obowiązkowym do objęcia ubezpieczeniem**

## **SEKCJA I - zaakceptowanie tych oświadczeń jest obowiązkowe**

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny **Administradora Danych** Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
- Oświadczam, że przed podpisaniem lub zatwierdzeniem elektronicznym przy użyciu kodu sms 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 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 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

# Wypełnij oświadczenia

- **odpowiedz na pytania o Twój stan zdrowia\***
- **wybierz: TAK lub NIE**

## SEKCJA II

• Czy w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania lub zatwierdzeniem elektronicznym przy użyciu kodu sms 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 żołądka, 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 przebył/a Pan/Pani leczenie kardiochirurgiczne? 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 II jest wyłączona dla pracowników przystępujących w ciągu 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień



# Zgody marketingowe

- wyrażenie zgody na pierwsze oświadczenie jest obowiązkowe, ponieważ na wskazany numer telefonu zostanie wysłany kod do potwierdzenia danych
- wyrażenie zgody na pozostałe oświadczenia nie jest obowiązkowe

**SEKCJA III - zaakceptowanie pierwszego podpunktu SEKCJI III dotyczącego przesyłania wiadomości elektronicznych jest obowiązkowe ze względu na konieczność potwierdzenia przystąpienia za pomocą kodu SMS.**

• 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:

– w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia

Tak  Nie

– po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

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:

– wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

Tak  Nie

– połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

Tak  Nie

## Otrzymasz login i hasło

- **kliknij: ZATWIERDŹ**
- **w odpowiedzi otrzymasz: login i hasło na e-mail**
- **ZALOGUJ SIĘ I POTWIERDŹ SWOJE DANE KODEM OTRZYMANYM SMS'EM**

Deklaracja została zapisana pomyślnie.

**W celu dokończenia procesu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ZALOGUJ SIĘ I POTWIERDŹ SWOJE DANE przy użyciu kodu, który otrzymałeś w wiadomości sms.**  
Kod jest ważny 10 minut

Prosimy zapisać sobie poniższe dane do pierwszego logowania:

**Login:**

Dziękujemy za skorzystanie z naszych usług.

## Potwierdź dane

- potwierdź dane, wpisując kod otrzymany sms'em

### POTWIERDZENIE ZGODY NA UBEZPIECZENIE

Potwierdzam chęć przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Bezpieczna Grupa zawartej z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i obejmowania mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie informacji i oświadczeń, złożonych przeze mnie w elektronicznym formularzu deklaracji zgody za pośrednictwem Portalu naszaCompensa oraz zgodnie z treścią *Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną w ramach portalu internetowego do obsługi ubezpieczeń grupowych naszaCompensa*, który został mi doręczony i którego treść akceptuję.

Proszę wpisać otrzymany kod

Potwierdź kod

Wyślij kod ponownie

# Potwierdź dane

- **Twoje dane zostały potwierdzone**
- **proces zgłoszenia do ubezpieczenia grupowego na życie został zakończony**

[Moje deklaracje](#) [Dokumenty](#) [Kontakt](#) [Zmiana hasła](#) [Wyloguj](#)

Jesteś tutaj: [Strona główna](#) > [Moje deklaracje](#) Zalogowany jako:

**Twoje dane zostały potwierdzone przez kod sms w dniu**

Proces zgłoszenia do ubezpieczenia grupowego na życie został zakończony.



Nazwa zakładu:	NIP:
REGON:	
Adres:	

## Zgłoszenie członka rodziny

- **PAMIĘTAJ!**

członek rodziny może zostać zgłoszony dopiero, jak zakończysz swój proces zgłoszenia

- **członek rodziny wypełnia formularz deklaracji zgody, korzystając z tego samego linku**
- **na swoim koncie musisz zatwierdzić przystąpienie każdego zgłaszanego członka rodziny**
- **jeżeli czynność została wykonana poprawnie, symbol „v” zmieni kolor na zielony**

Nr	Status	Produkt	Imię	Nazwisko	Typ	Data początku odpowiedzialności	Składka miesięczna	Zmień ofertę	Szczegóły	Zatwierdź	Wydruk
37201116176161	Deklaracja odebrana	Grupowe ubezpieczenie na życie (03/2019)			Pracownik						
37201116176151	Deklaracja odebrana	Grupowe ubezpieczenie na życie (03/2019)			Małżonek						
37201116176151	Potwierdzona elektronicznie	Grupowe ubezpieczenie na życie (03/2019)			Pełnoletnie dziecko				