

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

Pracownik Małżonek Partner Pełnoletnie dziecko

↑ ZAZNACZ STATUS: Pracownik

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

NR POLISY / WNIOSKU _____

UBEZPIECZAJĄCY

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

Nazwa i siedziba lub czytelny
odcisk pieczęci firmowej

Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Warszawie; ul. Bartycka 110 A, 00-716 Warszawa _____
pieczęć firmowa Ubezpieczającego

PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01 - miesiąc - rok _____ (nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpiezonego)

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA _____ dzień - miesiąc - rok _____ Umowa o pracę Umowa cywilnoprawna ← zaznacz formę zatrudnienia
(nie dotyczy Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI _____ D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____

Data _____ dzień - miesiąc - rok _____ MIEJSCOWOŚĆ _____ PODPIS OSOBY Z ZAKŁADU PRACY _____
miejscowość _____ pieczęć i podpis Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię _____ ZUPEŁNIJ, PODAJĄC SWOJE DANE, JAKO OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA _____ K, M

Data _____ DD - MM - RR RR _____ PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Płeć _____
urodzenia _____

Obywatelstwo _____ E-mail _____

Adres _____

Nr tel. _____ Zawód wykonywany _____

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpiezonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stoień pokrewieństwa
1. ZUPEŁNIJ, PODAJĄC DANE OSOBY/OSÓB UPOSAŻONYCH	_____	_____	_____
2. NA WYPADEK ŚMIERCI	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

SKŁADKA (wybrany wariant oznaczyć „X”) Małżonek, Partner i Pełnoletnie dzieci mogą przystąpić do tego samego wariantu, który wybrał Pracownik.

Warianty podstawowe* – do wyboru wyłącznie jeden wariant:

wariant 1: 62,00 zł wariant 2: 78,00 zł ← zaznacz jeden wariant podstawowy

Warianty dodatkowe* – po wyborze wariantu podstawowego; możliwość wyboru jednej, dowolnej cegiełki lub dwóch cegiełek jednocześnie:

cegiełka "onko": 12,00 zł cegiełka "dziecko": 12,00 zł ← możesz zaznaczyć jeden lub dwa warianty dodatkowe

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) _____ D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia) Składek 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 _____ miejscowość _____ podpis Pracownika _____

DANE PARTNERA

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

Nazwisko i imię Partnera _____ ZUPEŁNIJ, PODAJĄC DANE SWOJEGO PARTNERA _____

PESEL Partnera _____

* Niepotrzebne skreślić.
** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Użyte poniżej określenie Compensa oznacza Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 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-0322 (dalej: OWU); Umowa ubezpieczenia; propozycja ubezpieczenia (dot. gdy deklaracja zgody jest składana wraz z wnioskiem o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie); oferta Compensa 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 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.

W przypadku wypełnienia pola "NIE" lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru "TAK/NIE" w sekcji I osoba składająca Deklarację zgody nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.

lane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki i odpowiedzialności Compensa oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

→ TAK na wszystkie powyższe NIE na którąkolwiek z powyższych

- 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 (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

WYPEŁNIAJĄ PRACOWNICY PRZYSTĘPUJĄCY PO UPŁYWIE 3 MIESIĘCY OD DATY ZATRUDNIENIA LUB STARTU PROGRAMU

SEKCJA II

- 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, 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 III

- Wyrażam zgodę, aby Compensa 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: po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

TAK NIE
 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:

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 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

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

Data DZIEŃ MIESIĄC ROK MIEJSCOWOŚĆ
miejscowość

TWÓJ CZYTELNY PODPIS
podpis Ubezpieczonego