

## Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

**DANE OSOBY UBEZPIECZANEJ:**  PRACOWNIKA  MAŁŻONKA  PARTNERA  PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data urodzenia DD-MM-RRRR PESEL \_\_\_\_\_ Seria i nr dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Płeć  K  M

Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

**Adres stały**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_-\_\_\_ Miejsowość \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_-\_\_\_\_\_

**Adres do korespondencji**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_-\_\_\_ Miejsowość \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_-\_\_\_\_\_

### UPOSAŻENI NA WYPADEK ŚMIERCI OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwisko i imię	Pokrewieństwo	Udział w %	PESEL lub data urodzenia
1. _____	_____	____	_____
2. _____	_____	____	_____
3. _____	_____	____	_____

**UWAGA**

Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia powinna zostać opłacona nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia polisy. Blankiety wpłat składek z numerem rachunku Towarzystwa będą dołączone do polisy.

Przyjmuję do wiadomości, iż indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia nie jest objęte karencją, jeśli wniosek wpłynie do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group nie później niż w ciągu pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za daną osobę ostatnią składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego.

**PROPONOWANA DATA ROZPOCZĘCIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ** 01-MM-RRRR

Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia (zgodnie z wybraną częstotliwością opłacania) \_\_\_\_\_,\_\_\_zł

Częstotliwość opłacania składki  roczna  półroczna  kwartalna

UWAGI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIA**

1. Niniejszym wyrażam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej, w tym na wysokość sum ubezpieczeń, świadczonej przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, do której niniejszy wniosek jest składany oraz oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone następujące dokumenty: umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, z którymi to dokumentami się zapoznałem/am i je akceptuję. Zapoznałem/am się z zakresem ubezpieczenia, a także z wysokością sum ubezpieczenia i je akceptuję.

2. a) 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. Podstawa prawna: art. 38 ust. 6 w związku z art. 38 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej i art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

b) Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group innym zakładom ubezpieczeń na ich pisemne żądanie, przetwarzanych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przeze mnie, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielania posiadanych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości. Podstawa prawna: art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

3. Wyrażam zgodę, w trybie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, 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 udzielił 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.

4.  wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody  
na przesyłanie mi powiadomień, wniosków i oświadczeń mających związek z zawartą przeze mnie Umową ubezpieczenia środkami komunikacji elektronicznej na adres e-mail oraz numer telefonu komórkowego podany w niniejszym wniosku.

\_\_\_\_\_  
data, miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis Ubezpieczonego

**INFORMACJE DOTYCZĄCE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP (wypełnia zakład pracy)**

Numer polisy grupowej \_\_\_\_\_

Nazwa i siedziba \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
pieczęć firmowa Ubezpieczającego

Data przystąpienia do ubezpieczenia grupowego DD-MM-RRRR

Miesiąc, za który opłacono ostatnią MM-RRRR  
składkę za ubezpieczenie grupowe

Data wystąpienia z ubezpieczenia grupowego DD-MM-RRRR

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP (wypełnia zakład pracy)**

Powód ubiegania się o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego  przejście na emeryturę  rozwiązanie stosunku pracy  
 śmierć pracownika  urlop bezpłatny  urlop wychowawczy  inny, jaki? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
data, miejscowość

\_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego

**Informacje od Administratora Danych Osobowych**

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych powierzonych przez Pana/Panią danych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
2. Pana/Pani dane mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia zawartej z Panem/Panią.
3. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom prawa polskiego powiązanim z Towarzystwem lub z którymi Towarzystwo współpracuje w ramach prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, o ile wyraził/a Pan/Pani na to zgodę.
4. Przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
5. Przysługuje Panu/Pani prawo do odwołania w każdym czasie udzielonych w niniejszym wniosku zgód.
6. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.
7. Poinformowano Pana/Panią o dobrowolności podania swoich danych osobowych.