

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZGODY NA DORĘCZENIE WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA NA TRWAŁYM NOŚNIKU

Wyrażam zgodę na doręczenie mi ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednich ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych oraz umowy ubezpieczenia grupowego, której stronami są Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i, na trwałym nośniku w postaci płyty kompaktowej.

Data, miejscowość _____

imię i nazwisko osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia _____

podpis osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia _____

COMPENSA 
 VIENNA INSURANCE GROUP

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

Nr polisy / wniosku _____

RDS _____

 Pracownik Małżonek Partner Pełnoletnie dziecko

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

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej _____

pieczęć firmowa Ubezpieczającego _____

DANE UBEZPIECZANEGO (osoby, która przystępuje do ubezpieczenia)

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 _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____

Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____

Zawód wykonywany _____

Wypełnia pracownik (tylko w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia małżonka* / partnera* / pełnoletniego dziecka*)

Nazwisko i imię pracownika _____

PESEL pracownika _____ data zawarcia związku małżeńskiego DD-MM-RRRR

Wyrażam zgodę na potrącanie składki z tytułu ubezpieczenia zgłaszanej przeze mnie osoby z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia).
 Oświadczam**, że pozostaję z osobą zgłaszaną przeze mnie do Umowy ubezpieczenia: w związku małżeńskim* / stałym związku partnerskim* (definicja partnera zgodnie z zapisami OWU/SIWZ).

data, miejscowość _____

podpis Pracownika _____

UPOSAŻENI NA WYPADEK ŚMIERCI OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

SKŁADKA

Składka ubezpieczeniowa _____ zł

 * niepotrzebne skreślić
 ** nie dotyczy pełnoletniego dziecka

 Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
 KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
 NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 1 67 845 797,00 zł – opłacony w całości

 Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensa Kontakt: +48 22 867 66 67, 801 120 000

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 grupowego ubezpieczenia na życie, do której niniejsza deklaracja zgody jest składana oraz oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji zgody zostały mi doręczone następujące dokumenty: ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, Umowa ubezpieczenia*, specyfikacja istotnych warunków zamówienia*, oferta Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z załącznikami*, pytania składane przez wykonawców w procesie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oraz odpowiedzi ubezpieczającego na te pytania*, z którymi to dokumentami zapoznałem/am się i je akceptuję. Zapoznałem/am się z zakresem ubezpieczenia, a także z wysokością sum ubezpieczenia i je akceptuję.

2. Oświadczam, że spełniam warunki zdolności ubezpieczeniowej określonej zgodnie z dokumentami wskazanymi w punkcie 1 powyżej.
3. 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 wysokości 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.**
4. 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 udzieli 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.**

Nazwa i adres placówki medycznej, w której jestem leczony/a: _____
Czy w dniu podpisania deklaracji zgody przebywa/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim powyżej 21 dni (nie dotyczy ciąży) lub w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych lub została orzeczona w stosunku do Pana/Pani niezdolność do pracy na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym? Tak Nie

5. Na podstawie art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
 wyrażam zgodę nie wyrażam zgody by informacja, które dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia została mi przekazana w formie elektronicznej na adres e-mail podany w niniejszej deklaracji zgody.

6. Oświadczenie o stanie zdrowia
Czy w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania niniejszej deklaracji zgody przebywa/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przez okres dłuższy niż 3 tygodnie Tak Nie
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).

Czy kiedykolwiek zasięga/a Pan/Pani rady 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 przeby/a Pan/Pani leczenie kardiologiczne? W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o załączenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przychodni lub wyniki wykonywanych badań).
Czy kiedykolwiek ubiega/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? Tak Nie

7. Niniejszy złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich oświadczeń, wymienionych powyżej w pkt 1 – 6.

data, miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego _____
8. Oświadczenie woli w sprawie zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych.
Niewypełnienie żadnego z pól wyboru „TAK” „NIE” – oznacza brak zgody, chyba że oświadczenie jest składane przez podmiot inny niż osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.

Udzielona zgoda będzie ważna aż do wyraźnego odwołania. Przysługuje Panu/Pani prawo do odwołania w każdym czasie każdej z poniższych zgód poprzez skierowanie oświadczenia: a) w przypadku Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa na adres e-mail: centrala@compensa.pl lub za pośrednictwem telefonu pod numerem 22 867 66 67 lub 801 120 000, lub pisemnie na adres korespondencyjny: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa, b) w przypadku Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa na adres e-mail: centrala@compensa.pl lub za pośrednictwem telefonu pod numerem 22 501 61 00 lub 801 120 000, lub pisemnie na adres korespondencyjny: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa.
1) Zgoda na udostępnienie danych w celach marketingowych.
Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na udostępnienie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group danych obejmujących wskazane w niniejszej deklaracji zgody: imię i nazwisko, PESEL, adres do korespondencji, e-mail oraz nr telefonu w celach marketingowych rozumianych jako marketing bezpośredni, oferowanie własnych produktów i usług, badanie satysfakcji Klienta, oraz przesyłanie informacji handlowych. Zgoda obejmuje możliwość przekazywania

ww. danych Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa Tak Nie
2) Zgoda na świadczenie usług drogą elektroniczną w celach marketingowych.
Zgodnie z art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na przesyłanie na wskazany przeze mnie w niniejszej deklaracji zgody adres e-mail lub nr telefonu informacji handlowej przez:
a) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa Tak Nie
b) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa Tak Nie
3) Zgoda na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących.
Zgodnie z art. 172 ust. 1 Ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. prawo telekomunikacyjne, wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu teże ustawy dla celów marketingu bezpośredniego przez:
a) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa Tak Nie
b) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa Tak Nie
4) Zgoda na weryfikację danych w Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na potrzeby sporządzenia indywidualnej oferty na produkty ubezpieczeń majątkowych ze zniżką.
Wyrażam zgodę na zweryfikowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji zgody oraz polisie potwierdzającej Umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie niniejszej deklaracji zgody z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa w celu przygotowania i przedłożenia mi dostosowanej do moich indywidualnych potrzeb oferty ubezpieczeniowej na produkty ubezpieczeń majątkowych ze zniżką Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa.
Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group przekazuje Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group informację, że wyrażam zgodę na przyjęcie oferty od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group.
 Tak Nie

data, miejscowość _____ podpis Osoby składającej oświadczenie _____

Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący deklarację zgody

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI DD MM RRRR
PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 0 MM RRRR

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA DD MM RRRR Umowa o pracę Umowa cywilnoprawna
(nie dotyczy małżonka / partnera / pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)
W razie przekroczenia terminów określonych w OWU, pracownik będzie objęty karencją na zasadach określonych w OWU.
Małżonkowie / partnerzy / pełnoletnie dzieci zgłoszeni do ubezpieczenia przez ubezpieczonych pracowników objęci są karencją na zasadach określonych w OWU.

UWAGI: _____

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 Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162, 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 niniejszej deklaracji zgody 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.