

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

☐ Pracownik ☐ Małżonek ☐ Partner ☐ Pełnoletnie dziecko

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

PROGRAM DLA PSP

UBEZPIECZAJĄCY

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

Związek Zawodowy Strażaków Florian

Wypełnia reprezentant komendy

województwo Zarząd Wojewódzki

nazwa komendy

miejsowość

PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI: 01 - MM - RRRR (nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpieczonego)

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA

DD - MM - RRRR

☐ Umowa o pracę ☐ Umowa cywilnoprawna

(nie dotyczy Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)

Podpis reprezentanta komendy

Data DD - MM - RRRR

miejsowość

pieczęć i podpis Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Uzupelnij, podając swoje dane, jako osoby przystępującej do ubezpieczenia

Nazwisko i imię

Data

urodzenia DD - MM - RRRR

Seria, numer, oznaczenie

PESEL dokumentu stwierdzającego tożsamość

Płeć K, M

Obywatelstwo

E-mail

Adres

Nr tel. Zawód wykonywany

UPOSAŻENI GŁÓWNI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. Uzupelnij, podając dane osoby/osób upowanionych na wypadek śmierci			
2.			
3.			
4.			

UPOSAŻENI ZASTĘPCZY (gdy w dacie śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych głównych stało się bezskuteczne)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. Możesz podać dane uposażonego zastępczego			
2.			

SKŁADKA (wybrany wariant oznaczyć „X”) Małżonek, Partner i Pełnoletnie dzieci mogą przystąpić do tego samego wariantu podstawowego, co Pracownik lub wariantu podstawowego z niższą składką.

Warianty podstawowe (do wyboru wyłącznie jeden podstawowy wariant ubezpieczenia)

wariant 1: ☐ 55,00 zł

wariant 2: ☐ 65,00 zł

wariant 3: ☐ 75,00 zł

wariant 4: ☐ 88,00 zł

wariant 5: ☐ 105,00 zł

wariant 6: ☐ 135,00 zł

Zaznacz wybrany wariant podstawowy

Cegielki (do wyboru tylko jeden wariant z danej cegielki, wybór cegiełek jest dobrowolny)

Dziecko	Nieszczęśliwy wypadek	Zdrowie	Rodzina	Onkologiczna*	Kardiologiczna*	Eksperska opinia medyczna
wariant 1: ☐ 7,00 zł	wariant 1: ☐ 8,00 zł	wariant 1: ☐ 9,00 zł	wariant 1: ☐ 15,00 zł	wariant 1: ☐ 19,00 zł	wariant 1: ☐ 10,00 zł	
wariant 2: ☐ 12,00 zł	wariant 2: ☐ 13,00 zł	wariant 2: ☐ 14,00 zł	wariant 2: ☐ 21,00 zł	wariant 2: ☐ 28,00 zł	wariant 2: ☐ 16,00 zł	Zaznacz wybrane cegielki

*Przy wyborze cegielki onkologicznej i/lub kardiologicznej obowiązuje wymóg wypełnienia odpowiedzi na pytania dot. stanu zdrowia w Sekcji II deklaracji zgody. Maksymalny wiek przystąpienia do cegielki onkologicznej

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) DD - MM - RRRR

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia) Składki 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 - RRRR

miejsowość

podpis Pracownika

* Niepotrzebne skreślić.

** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

DANE PARTNERA

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

Nazwisko i imię Partnera _____

Możesz wpisać dane Partnera, jeśli nie jesteś w związku małżeńskim

PESEL Partnera _____

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Użyte poniżej określenie Vienna Life oznacza Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa)

- 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-10624 (dalej: OWU); Umowa ubezpieczenia; propozycja ubezpieczenia (dot. gdy deklaracja zgody jest składana wraz z wnioskiem o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie); oferta Vienna Life 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 Vienna Life 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 Vienna Life 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 Vienna Life oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

Zaznacz odpowiedź TAK, aby przystąpić do ubezpieczenia

☐ TAK na wszystkie powyższe ☐ NIE na którąkolwiek z powyższych

Należy wypełnić Sekcję II, jeżeli Umowa ubezpieczenia nie zwalnia z obowiązku złożenia oświadczenia o stanie zdrowia i/lub wybrano cegielkę onkologiczną i/lub kardiologiczną

- 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 (pytanie nie dotyczy, gdy zwolnienie lekarskie było z powodu ciąży lub porodu, złamań i skręceń kończyn)? W przypadku odpowiedzi „Tak”, prosimy o napisanie poniżej jakie choroby lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo).. ☐ TAK ☐ NIE

Tę sekcję wypełniają osoby, które wybrały cegielkę onkologiczną lub kardiologiczną oraz osoby, które przystępują po 3 miesiącach od początku ochrony lub daty zatrudnienia w PSP.

- Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed dniem podpisania niniejszej Deklaracji zgody występowały u Ciebie/lub u Ciebie i Twojej rodziny (niezależnie od miejsca zamieszkania) choroby: białaczka, cukrzyca, choroba wrzodowa żołądka, wrzodziejące zapalenie jelit, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba wieńcowa z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę psychiczną, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub przebył/a Pan/Pani leczenie kardiologiczne lub leczenie naczyń krwionośnych za wyjątkiem żyłaków kończyn dolnych i pajęczaków naczyniowych lub wartości ciśnienia tętniczego przekraczały 160/100 mmHg? 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

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” na którekolwiek z pytań Sekcji II Ubezpieczony nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach cegielki onkologicznej i/lub kardiologicznej

- Wyrażam zgodę, aby Vienna Life 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: ☐ TAK ☐ NIE

- Wyrażam zgodę na otrzymanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Vienna Life 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

- 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 Vienna Life 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 _____ Wpisz datę _____ Wpisz miejscowość _____ Twój czytelny podpis _____
 podpis Ubezpiezonego