

SUPER GWARANCJA

DEKLARACJA ZGODY PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

UWAGA! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA
WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA NR: _____ należy wypełnić w przypadku, gdy niniejsza deklaracja zgody składana jest przez osobę, przystępującą do zawartej umowy ubezpieczenia.

DD - MM - RRRR

Data wpływu do Oddziału Vienna Life

Pieczęć Oddziału Vienna Life

STATUS UBEZPIECZANEGO (zaznacz właściwe):

Pracownik: ☐ Małżonek: ☐ * Pełnoletnie Dziecko: ☐ * Konkubent/Partner: ☐ *

* Imię i Nazwisko Ubezpieczonego Pracownika (należy wpisać imię i nazwisko Ubezpieczonego Pracownika w przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia Małżonka / pełnoletniego Dziecka / Konkubenta / Partnera)

Data zatrudnienia Pracownika dzień: _____ miesiąc: _____ rok: _____

Zawód wykonywany: _____

DANE UBEZPIECZANEGO

Imię / imiona: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia: ** DD - MM - RRRR Dokument stwierdzający tożsamość: _____ Seria, numer, oznaczenie: _____

PESEL: _____ Obywatelstwo: _____ Miejsce urodzenia: _____ Państwo urodzenia: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Adres zamieszkania:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

Adres do korespondencji:

ulica: _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ ZGODNY Z ZAWARTĄ UMOWĄ UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia: _____ PLN słownie: _____

Składka: _____ PLN słownie: _____

Składka będzie opłacana z częstotliwością wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia.

Wnioskowana data początku odpowiedzialności Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group:

dzień: **01** miesiąc: _____ rok: _____

WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy)

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
				ŁĄCZNIE 100 %

Niewskazanie beneficjenta skutkuje ustaleniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, zgodnie z treścią zawartej umowy ubezpieczenia.

Niniejszym potwierdzam, że Ubezpieczony spełnia warunki definicji „Ubezpieczonego”, o których mowa w § 1 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA /ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA, na podstawie których zawarta została Umowa ubezpieczenia.

pieczęć zakładu pracy

data i podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

** W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I *

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejsza deklaracja zgody i zawarte w niej informacje były podstawą do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową. Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza deklaracja zgody podlega weryfikacji przed objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji zgody, otrzymałem Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy „SUPER GWARANCJA”/ Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA, Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy „SUPER GWARANCJA”/ grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA**, wskazane w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą o numerze przywołanym w niniejszej deklaracji zgody oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, w tym specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ), w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, Regulamin Uczestnictwa w Programie Pakiet Usług Assistance***, z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”***
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji zgody są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Vienna Life 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. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę, na występowanie przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group 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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. ☐ TAK ☐ NIE

SEKCJA II *

- Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:
- a) nie jestem niezdolny do pracy z powodu choroby (należy udzielić odpowiedzi w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia zatwierdzonych przed lutym 2018 r.) ☐ TAK ☐ NIE
- b) nie przebywam na zwolnieniu lekarskim z powodu niezdolności do pracy wskutek choroby i przystępuję do umowy ubezpieczenia jako Pracownik Ubezpieczającego (należy udzielić odpowiedzi przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia zatwierdzonych po lutym 2018 r.) ☐ TAK ☐ NIE
- Przyjmuję do wiadomości, iż w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, koniecznym jest złożenie oświadczenia o stanie zdrowia****

SEKCJA III

- 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:
- po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE
- w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa) 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, wybierając jako formę kontaktu:
- wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) ☐ TAK ☐ NIE
- połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) ☐ 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

SEKCJA IV

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich oświadczeń woli, koniecznych do zmian umowy ubezpieczenia, na które uprzednio wyraziłem zgodę, w tym także sumy ubezpieczenia.

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

DD - MM - RRRR miejscowość podpis Ubezpieczanego

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczanego oraz poprawność danych na podstawie okazanych mi dokumentów tożsamości/ w inny dopuszczony przepisami prawa polskiego sposób, w tym na podstawie aplikacji mObywatel. Potwierdzam, że podpisy zostały złożone przez powyżej wskazane osoby, których ten wniosek dotyczy.

AGENT /BROKER
OFWCA

ID Dystrybutora ubezpieczeń ☐ Agent ☐ Broker	Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń
ID osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń	Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń
Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń	

(OFWCA - Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym)

*W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji, osoba składająca Deklarację zgody nie zostanie objęta ubezpieczeniem.

**Dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia, w których zakres ochrony ubezpieczeniowej został rozszerzony o Umowę Dodatkową

***Dotyczy wyłącznie Ubezpieczonych, których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

**** W przypadku Ubezpieczonych o statusie: pełnoletnie Dziecko, Konkubent, Partner.