

# Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

Pracownik  Małżonek  Partner  Pełnoletnie dziecko

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

NR POLISY / WNIOSKU \_\_\_\_\_

## UBEZPIECZAJĄCY

program grupowej kontynuacji

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

Nazwa i siedziba lub czytelny  
odcisk pieczęci firmowej **Niezależny Samorządny Związek Zawodowy  
Funkcjonariuszy Straży Granicznej  
Al. Niepodległości 100, 02-514 Warszawa**

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01 - MM - RR,RR,RR (nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpiezonego)

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA D,D - MM - RR,RR,RR  Umowa o pracę  Umowa cywilnoprawna  
(nie dotyczy Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)

Data D,D - MM - RR,RR,RR  
miejsowość \_\_\_\_\_

pieczęć i podpis Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

## DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data urodzenia D,D - MM - RR,RR,RR PESEL \_\_\_\_\_ Seria, numer, oznaczenie dokumentu stwierdzającego tożsamość \_\_\_\_\_ Płeć K,M

Obywatelstwo \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Nr tel. \_\_\_\_\_ Zawód wykonywany \_\_\_\_\_

## UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpiezonego)

Nazwisko i imię	Rodzaj Uposażonego	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

## SKŁADKA (wybrany wariant oznaczyć „X”)

Warianty podstawowe – do wyboru wyłącznie jeden wariant:

Małżonek, Partner i Pełnoletnie dzieci mogą przystąpić do tego samego wariantu, który wybrał Pracownik lub do wariantu z niższą składką.

wariant 1:  60,00 zł

wariant 2:  80,00 zł

## 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 - MM - RR,RR,RR

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 D,D - MM - RR,RR,RR  
miejsowość \_\_\_\_\_

podpis Pracownika

## DANE PARTNERA

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

Nazwisko i imię 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.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa 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 Compensa oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

TAK na wszystkie powyższe  NIE na którąkolwiek z powyższych

SEKCJA II

- 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

- 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   D  D   .   M  M   .   R  R  R  R   .

miejsceowość \_\_\_\_\_

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