

INSTRUKCJA PRZYSTĄPIENIENIA

**do grupowego ubezpieczenia na życie dla
emerytowanych Funkcjonariuszy i emerytowanych
Pracowników Cywilnych Straży Granicznej
oraz członków ich rodzin**

Bez konieczności drukowania!

OTWÓRZ LINK:

www.naszacompensa.pl/ext/ProgramEmerytSG

- należy zapoznać się z załączonymi dokumentami
- następnie zaakceptować wymagane oświadczenia

Program grupowego ubezpieczenia na życie dla Pracowników Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy Straży Granicznej oraz członków ich rodzin

Przed wypełnieniem elektronicznie deklaracji zgody zapoznaj się z poniższymi dokumentami:

[↓OWU Compensa Bezpieczna Grupa.pdf](#)

[↓Ulotka grupowego ubezpieczenia na życie dla emerytowanych Funkcjonariuszy i emerytowanych Pracowników Cywilnych Straży Granicznej.pdf](#)

[↓Klauzula RODO.pdf](#)

[↓Regulamin portalu.pdf](#)

Potwierdzenie zapoznania się z dokumentami jest obowiązkowe:

Zapoznałem/am się z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia grupowego na życie

Zapoznałem/am się z ofertą ubezpieczenia grupowego na życie

Zapoznałem/am się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”

Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu portalu

Status przystąpienia

- **wybierz odpowiedni status przystąpienia**
- **kliknij: Przejdź dalej**

Proszę wybrać status przystąpienia

PRACOWNIK MAŁŻONEK PARTNER PEŁNOLETNIE DZIECKO

W przypadku bycia członkiem rodziny pracownika prosimy o podanie poniżej jego danych.

Nazwisko pracownika:

Imię pracownika:

PESEL (data urodzenia tylko w przypadku, gdy pracownik nie posiada PESEL/RRRR-MM-DD):

Przejdź dalej

Warianty ubezpieczenia

- należy wybrać podstawowy wariant ubezpieczenia
- możesz wybrać cegiełkę życie i/lub cegiełkę zdrowie
- kliknąć: Dalej

- Wariant: 1; składka: 48,00 zł
- Wariant: 2; składka: 65,00 zł
- Wariant: 3; składka: 80,00 zł
- Wariant: 4; składka: 102,00 zł
- Wariant: 5; składka: 128,00 zł

Możesz wybrać warianty dodatkowe lub przejść dalej:

- Wariant: cegiełka życie; składka: 13,00 zł
- Wariant: cegiełka zdrowie; składka: 12,00 zł

Uzupełnij formularz

uzupełnij dane Ubezpieczonego

DANE UBEZPIECZONEGO

PRACOWNIKA

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

Data urodzenia:



Obywatelstwo:

E-mail:

Seria i numer dok. tożsamości:

Płeć:

M K

Adres zamieszkania

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Adres korespondencyjny

Ulica:

Taki sam, jak adres zamieszkania

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Uzupełnij formularz

- **uzupełnij wszystkie pola:** podaj numer telefonu, datę i rodzaj zatrudnienia
- **wskaż uposażonych**


Telefon:

Zawód wykonywany:

Rodzaj zatrudnienia

- Umowa cywilnoprawna Umowa o pracę

Data zatrudnienia

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

	Czy osoba prawna?	Nazwisko/Nazwa firmy	Imię/Nazwa firmy c.d. (opcjonalnie)	Udział
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data urodzenia (RRRR-MM-DD)
lub PESEL lub NIP/REGON

Stopień pokrewieństwa

<input type="text"/>	<input type="text"/>	▼
<input type="text"/>	<input type="text"/>	▼
<input type="text"/>	<input type="text"/>	▼

▪ wyrażenie zgody na oświadczenia jest warunkiem obowiązkowym do objęcia ubezpieczeniem

- 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

Wypełnij oświadczenia

- **odpowiedz na pytania o Twój stan zdrowia**
- **sekcja II jest ukryta dla emerytowanych Funkcjonariuszy i emerytowanych Pracowników cywilnych Straży Granicznej przystępujących do ubezpieczenia z dniem 1 marca 2024 r. lub 1 kwietnia 2024 r. lub 1 maja 2024 r. z ciągłością ochrony**
- **wybierz: TAK lub NIE**

• 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

- **wyraż zgodę na pozostałe oświadczenia, aby otrzymać do 10% zniżki na ubezpieczenia komunikacyjne, podróżne, nieruchomości oraz inne ubezpieczenia majątkowe.**

• 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.
w trakcie 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:
wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)
połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

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

Otrzymasz login i hasło

- **kliknij:** Zapisz i przejdź do potwierdzenia e-deklaracji
- **w odpowiedzi otrzymasz:** login i hasło na adres e-mail wskazany w e-deklaracji (sprawdź SPAM)
- **ZALOGUJ SIĘ I POTWIERDŹ SWOJE DANE KODEM OTRZYMANYM SMS'EM**
- **kod sms otrzymasz w momencie pierwszego logowania**

Deklaracja została zapisana pomyślnie.

W celu dokończenia procesu przystąpienia do umowy ubezpieczenia zaloguj się i potwierdź swoje dane przy użyciu kodu, który otrzymałeś w wiadomości sms.

Kod sms otrzymasz w momencie pierwszego zalogowania się na swoje konto.
Kod jest ważny 10 minut

Login i hasło do pierwszego logowania otrzymałeś w wiadomościach e-mail.

Jeżeli zapisy umowy, do której przystępujesz, wymagają dołączenia dokumentacji medycznej, prześlij ją w formie skanu na adres: underwriting@compensazycie.com.pl

Dziękujemy za skorzystanie z naszych usług.

Potwierdzenie zgody na ubezpieczenie

- potwierdź dane, wpisując kod otrzymany sms'em

POTWIERDZENIE ZGODY NA UBEZPIECZENIE

Potwierdzam chęć przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Bezpieczna Grupa zawartej z Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group i obejmowania mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie informacji i oświadczeń, złożonych przeze mnie w elektronicznym formularzu deklaracji zgody za pośrednictwem Portalu naszaCompensa oraz zgodnie z treścią Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną w ramach portalu internetowego do obsługi ubezpieczeń grupowych naszaCompensa, który został mi doręczony i którego treść akceptuję.

Proszę wpisać otrzymany kod

Potwierdź kod

Wyślij kod ponownie

Proces zakończony



- **Twoje dane zostały potwierdzone**
- **ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE JEST ZAKOŃCZONE**


Twoje dane zostały potwierdzone przez kod sms w dniu 2023.

Proces zgłoszenia do ubezpieczenia grupowego na życie został zakończony.

Nazwa zakładu:
REGON:
Adres:

NIP:



Nr	Status	Produkt	Imię	Nazwisko	Typ	Data początku odpowiedzialności	Data końca odpowiedzialności	Składka miesięczna	Szczegóły	Zatwierdź	Wydruk
37201116189701	Potwierdzona elektronicznie	Grupowe ubezpieczenie na życie – 510 (DKK) (12/2022)			Pracownik	01.09.2023		62,00			
37201116189711	Potwierdzona elektronicznie	Grupowe ubezpieczenie na życie – 510 (DKK) (12/2022)			Pracownik	01.09.2023		30,00			
37201116189731	Potwierdzona elektronicznie	Grupowe ubezpieczenie na życie – 510 (DKK) (12/2022)			Pracownik	01.09.2023		7,00			

 **Moje dane**

▪ PAMIĘTAJ!

członek rodziny może zostać zgłoszony dopiero, jak zakończysz swój proces zgłoszenia

- członek rodziny wypełnia formularz deklaracji zgody, korzystając z tego samego linku
- na swoim koncie musisz zatwierdzić przystąpienie każdego zgłaszanego członka rodziny
- jeżeli czynność została wykonana poprawnie, symbol „v” zmieni kolor na zielony

Nr	Status	Produkt	Imię	Nazwisko	Typ	Data początku odpowiedzialności	Składka miesięczna	Zmień ofertę	Szczegóły	Zatwierdź	Wydruk
37201116176161	Deklaracja odebrana	Grupowe ubezpieczenie na życie (03/2019)			Pracownik						
37201116176151	Deklaracja odebrana	Grupowe ubezpieczenie na życie (03/2019)			Małżonek						
37201116176151	Potwierdzona elektronicznie	Grupowe ubezpieczenie na życie (03/2019)			Pełnoletnie dziecko				