

# 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

## Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie (01/2018)

Pracownik  Małżonek  Partner  Pełnoletnie dziecko

**COMPENSA**   
VIENNA INSURANCE GROUP

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

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

RDS \_\_\_\_\_

### UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej \_\_\_\_\_

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

### DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data urodzenia DD - MM - RR RR RR RR, PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Płeć K M

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

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

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

### DANE PRACOWNIKA

Wypełnia Pracownik (tylko w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia Małżonka\* / Partnera\* / Pełnoletniego dziecka\*)

Nazwisko i imię Pracownika \_\_\_\_\_

PESEL Pracownika \_\_\_\_\_ Data zawarcia związku małżeńskiego DD - MM - RR RR RR RR

Wyrażam zgodę na potrącanie Składki z tytułu ubezpieczenia zgłaszanej przeze mnie osoby ubezpieczanej 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 SIWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

Data DD - MM - RR RR RR RR \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Pracownika \_\_\_\_\_

### UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

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

### SKŁADKA

Składka ubezpieczeniowa \_\_\_\_\_ zł

### DANE PARTNERA – informacja wymagana jest jeśli Partner nie jest Osobą ubezpieczoną

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

\* Niepotrzebne skreślić.  
\*\* Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO**

**SEKCJA I\***

- Oświadczam, że zapoznałem się oraz wszystkie osoby zainteresowane zawarciem Umowy ubezpieczenia z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.  TAK  NIE
- 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 (SIWZ)\*\*\*, 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 się i je akceptuję. Zapoznałem się z zakresem ubezpieczenia, a także z wysokością sum ubezpieczenia i je akceptuję.
- Oświadczam, że spełniam warunki zdolności ubezpieczeniowej wskazane w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie, na podstawie których została zawarta Umowa ubezpieczenia, do której przystępuję.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszej Deklaracji zgody są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej obejmującą także wysokość sumy ubezpieczenia określoną w Umowie ubezpieczenia.
- 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 wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione podmioty dokumentacji medycznej.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę 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 udzielił 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.  TAK  NIE

**SEKCJA II**

- Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group przetwarzała moje dane osobowe dotyczące stanu zdrowia, podane w niniejszej Deklaracji zgody oraz zebrane lub udostępnione Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania Umowy ubezpieczenia.\*  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem Umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania Umowy ubezpieczenia.\*  TAK  NIE
- Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21 dni (nie dotyczy ciąży)?  TAK  NIE
- Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych?  TAK  NIE
- Czy na dzień podpisania niniejszej Deklaracji zgody jest orzeczona w stosunku do Pana/Pani niezdolność do pracy na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym?  TAK  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 3 tygodnie 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 kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub rozpoznano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób: nowotwór lub guz innego rodzaju, białaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową, złośliwą, 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 na przesyłanie mi Certyfikatów ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z Umową ubezpieczenia do której przystępuję, 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 Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  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)  TAK  NIE  
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE

**SEKCJA IV**

- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.  TAK  NIE

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

Data DD - MM - R R R R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

**Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący Deklarację zgody**

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI DD - MM - R R R R \_\_\_\_\_ PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01 - MM - R R R R \_\_\_\_\_

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA DD - MM - R R R R \_\_\_\_\_  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 Umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonych Pracowników objęci są karencją na zasadach określonych w OWU.

**UWAGI:**

Data DD - MM - R R R R \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

\*W przypadku wypełnienia pola „NIE” lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” w danej sekcji lub przy danej zgodzie, osoba składająca Deklarację zgody nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.  
\*\* Niepotrzebne skreślić.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia składki ochronnej z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie w Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group.

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