

**Deklaracja zgody grupowego
ubezpieczenia na życie**

Nr polisy / wniosku _____

RDS _____

Pracownik Małżonek Partner Pełnoletnie dziecko

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

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa i siedziba lub czytelny
odcisk pieczęci firmowej _____

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZANEGO (osoby, która przystępuje do ubezpieczenia)

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia DD-MM-RRRR PESEL _____ Seria i nr dokumentu tożsamości _____ Płeć K M

Obywatelstwo _____ Adres e-mail _____
Adres stały

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy ____-____ Mięscowość _____ Nr telefonu ____-_____
Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy ____-____ Mięscowość _____ Nr telefonu ____-_____
Zawód wykonywany _____

Wypełnia pracownik (tylko w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia małżonka* / partnera* / pełnoletniego dziecka*)

Nazwisko i imię pracownika _____

PESEL pracownika _____ data zawarcia związku małżeńskiego DD-MM-RRRR

Wyrażam zgodę na potrącanie składki z tytułu ubezpieczenia zgłaszanej przeze mnie osoby 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 uprawdopodobnionym przez zamieszkiwanie pod wspólnym adresem* oraz:

- a) posiadanie wspólnych dzieci*, albo
- b) posiadanie wspólnego rachunku bankowego*, albo
- c) zawarcie wspólnie umowy kredytu*.

data, miejscowość _____

podpis Pracownika _____

UPOSAŻENI NA WYPADEK ŚMIERCI OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwisko i imię	Pokrewieństwo	Udział w %	PESEL lub data urodzenia
1. _____	_____	____	_____
2. _____	_____	____	_____
3. _____	_____	____	_____
4. _____	_____	____	_____

SKŁADKA

Składka ubezpieczeniowa _____, ____ zł

* niepotrzebne skreślić

** nie dotyczy pełnoletniego dziecka

OŚWIADCZENIA

1. Niniejszym wyrażam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej, w tym na wysokość sum ubezpieczeń, świadczonej przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, do której niniejsza deklaracja zgody jest składana oraz oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji zgody zapoznałem się z umową ubezpieczenia, ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednimi ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych, zakresem ubezpieczenia i je akceptuję.

2. Oświadczam, że spełniam warunki zdolności ubezpieczeniowej wskazanej w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie, na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia, do której przystępuję.

3. Wyrażam zgodę:

- a) w trybie art. 22 ust. 3 w związku z ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej 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 lub będą mi udzielać świadczeń zdrowotnych o informację o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci,
- b) w trybie art. 26 ust. 3 pkt 7 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na udostępnienie przez podmioty, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych spółce działającej pod firmą Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, w tym również jej przedstawicielowi mojej dokumentacji medycznej,
- c) w trybie art. 27 ust. 2 pkt 1) Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj.: Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.) na przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych o stanie zdrowia i nalogach, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia,

w celu weryfikacji podanych przeze mnie w jakichkolwiek dokumentach ubezpieczeniowych wykorzystywanych w związku z zawieraniem i wykonywaniem niniejszej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, danych o stanie zdrowia i nalogach, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem informacji stanowiących wyniki badań genetycznych.

4. Wyrażam zgodę, w trybie art 22 ust.5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, na udostępnienie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA Vienna Insurance Group innemu zakładowi ubezpieczeń na jego pisemne żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia a także do udzielania posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

Nazwa i adres placówki medycznej, w której jestem leczony/a: _____

Czy w dniu podpisania deklaracji przebywał Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim powyżej 21 dni? Tak Nie

5. Oświadczenie o stanie zdrowia

Czy w ciągu ostatnich 2 lat 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)? Tak Nie

W przypadku odpowiedzi „Tak“, prosimy o napisanie poniżej jakie choroby lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo).

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 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 kardiochirurgicznej? Tak Nie

W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o załączenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przychodni lub wyniki wykonywanych badań).

Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? Tak Nie

6. Niniejszy złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich oświadczeń, wymienionych powyżej w pkt 1 - 5.

data, miejscowość _____

podpis Ubezpieczonego _____

7. Zgodnie z art. 23. ust. 1. pkt 1) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przekazywanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, teraz i w przyszłości, moich danych osobowych, takich jak imiona, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, adres do korespondencji, e-mail i numer telefonu innym podmiotom prawa polskiego powiązanych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, w celu oferowania przez te podmioty produktów i usług.

data, miejscowość _____

podpis Ubezpieczonego _____

Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący deklarację

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI DD-MM-RRRR

PROPONOWANA DATA
POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01-MM-RRRR

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA DD-MM-RRRR 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 ubezpieczenia przez ubezpieczonych pracowników objęci są karencją na zasadach określonych w OWU.

UWAGI:

data, miejscowość, pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego _____

data, pieczęć i podpis pracownika Compensy przyjmującego deklarację _____

Informacje od Administratora danych osobowych

Zgodnie z art. 24.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.), informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
- 2) Pana/Pani dane osobowe będą wykorzystywane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group.
- 3) Przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.
- 4) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia.
- 5) Pana / Pani dane osobowe mogą być przekazywane lub udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także, jeżeli wyraził Pan / wyraziła Pani na to zgodę, podmiotom (nazwy i adresy podmiotów są umieszczone na stronie internetowej www.compensa.pl), z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.