

# 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

Pracownik  Małżonek  Partner  Pełnoletnie dziecko



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

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

RDS \_\_\_\_\_

### UBEZPIECZAJĄCY

Zarząd Wojewódzki Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Policjantów województwa dolnośląskiego  
Plac Muzealny 16, 50-035 Wrocław

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

### DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data urodzenia D, D, - M, M, - R, R, R, R, PESEL \_\_\_\_\_ Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Płeć K, M

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

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

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

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

### UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

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

### SKŁADKA (wybrany wariant oznaczyć „X”)

Warianty podstawowe (możliwość wyboru tylko jednego wariantu) – dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji woj. dolnośląskiego oraz członków ich rodzin.

Małżonek, Partner i Pełnoletnie dzieci mogą przystąpić do tego samego wariantu, co Pracownik lub wariantu z niższymi świadczeniami.

wariant I  54,00 zł, wariant II  64,00 zł, wariant III  74,00 zł, wariant IV  125,00 zł

Warianty dodatkowe (możliwość wyboru jednego wariantu lub dwóch wariantów) – Cegielka wyłącznie dla Funkcjonariusza/Pracownika Policji woj. dolnośląskiego pod warunkiem wyboru wariantu podstawowego. Funkcjonariusz/Pracownik Policji woj. dolnośląskiego, który wybierze dodatkową cegielkę zobowiązany jest do wypełnienia w Deklaracji zgody oświadczenia o stanie zdrowia.

cegielka I  17,00 zł, cegielka II  12,00 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 D, D, - M, M, - R, R, R, R,

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 SWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Pracownika \_\_\_\_\_

### DANE PARTNERA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY PRACOWNIK 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 OBEJĘCIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWA

- 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, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, Umowa ubezpieczenia, oferta Compensa z załącznikami (w przypadku przetargu, dostępne wyłącznie u Zamawiającego: specyfikacja warunków zamówienia (SWZ), 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 w zakresie bycia Pracownikiem/ Małżonkiem/Partnerem/ Pełnoletnim dzieckiem, 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.
- Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do wyrażania zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia na życie, do której przystępuję, w tym w szczególności na zmiany tej Umowy ubezpieczenia dotyczące zakresu ochrony, sumy ubezpieczenia 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 wysokości 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 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 przebywał/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 drogą elektroniczną lub telefoniczną.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, aby Compensa podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych podanych przeze mnie lub pozyskanych w trakcie wykonywania Umowy ubezpieczenia w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia, we własnych celach marketingowych:
  - w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia  TAK  NIE
  - po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa 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:
  - wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)  TAK  NIE
  - połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).  TAK  NIE

SEKCJA IV

- 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 do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, w celu ich przetwarzania oraz na podejmowanie wobec mnie decyzji opartych wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celach marketingowych Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group.  TAK  NIE

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

Data DD-MM-RR,RR,RR \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

**Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący Deklarację zgody**

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI DD-MM-RR,RR,RR PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 0,1-MM-RR,RR,RR  
(nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpieczonego)

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

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