

**SUPER GWARANCJA**

**DEKLARACJA ZGODY PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GWARANCJA**

UWAGA! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA NR: \_\_\_\_\_ należy wypełnić w przypadku, gdy niniejsza deklaracja zgody składana jest przez osobę, przystępującą do zawartej umowy ubezpieczenia.

Nr wniosku o zawarcie Umowy Podstawowej: P/ DD - MM - RRRR / \_\_\_\_\_  
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)

Nr wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej: D/ DD - MM - RRRR / \_\_\_\_\_  
(data sporządzenia wniosku: dd-mm-rrrr) (kolejny nr wniosku w danym dniu)

DD - MM - RRRR

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

**STATUS UBEZPIECZANEGO (zaznacz właściwe):**

Pracownik:  Małżonek: \* Pełnoletnie Dziecko: \* Konkubent/Partner: \*

\* Imię i Nazwisko Ubezpieczonego Pracownika (należy wpisać imię i nazwisko Ubezpieczonego Pracownika w przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia Małżonka / pełnoletniego Dziecka / Konkubenta / Partnera)

JAN PRZYKŁADOWY

Data zatrudnienia Pracownika dzień: 01 miesiąc: 09 rok: 2016

Zawód wykonywany: NAUCZYCIEL

**DANE UBEZPIECZANEGO**

Imię / imiona: JAN MAREK

Nazwisko: PRZYKŁADOWY

Data urodzenia: 14-06-1979 Dokument stwierdzający tożsamość: Dowód osobisty Seria, numer, oznaczenie: ADW 654321

PESEL: 79061402614 Obywatelstwo: POLSKIE Miejsce urodzenia: BYTOM Państwo urodzenia: POLSKA

Nr telefonu: 601123654 E-mail: J.PRZYKŁADOWY@GMAIL.COM

Adres zamieszkania:

ulica: MICKIEWICZA nr domu: 54 nr mieszkania: 8

kod pocztowy: 66-400 miejscowość: GORZÓW WIELKOPOLSKI

Adres do korespondencji:

ulica: JAK WYŻEJ nr domu: \_\_\_\_\_ nr mieszkania: \_\_\_\_\_

kod pocztowy: \_\_\_\_\_ miejscowość: \_\_\_\_\_

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ ZGODNY Z ZAWARTĄ UMOWĄ UBEZPIECZENIA**

Suma ubezpieczenia: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

Składka: \_\_\_\_\_ PLN słownie: \_\_\_\_\_

Składka będzie opłacana z częstotliwością wynikającą z zawartej umowy ubezpieczenia.

Wnioskowana data początku odpowiedzialności Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group:

dzień: 01 miesiąc: \_\_\_\_\_ rok: \_\_\_\_\_

**WSKAZANIE BENEFICJENTA (wypełnia Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy)**

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia	% świadczenia
1.	<u>KAROLINA</u>	<u>PRZYKŁADOWA</u>	<u>810512321456</u>	<u>60</u>
2.	<u>PATRYCJA</u>	<u>PRZYKŁADOWA</u>	<u>042325654984</u>	<u>40</u>
3.	_____	_____	_____	_____
<b>ŁĄCZNIE</b>				<b>100 %</b>

Niewskazanie beneficjenta skutkuje ustaleniem osób uprawnionych do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, zgodnie z treścią zawartej umowy ubezpieczenia.

Niniejszym potwierdzam, że Ubezpieczony spełnia warunki definicji „Ubezpieczonego”, o których mowa w § 1 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-15224.

pieczęć zakładu pracy

data i podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego



## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZANEGO

SEKCJA I \*

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, aby niniejsza deklaracja zgody i zawarte w niej informacje były podstawą do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową. Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza deklaracja zgody podlega weryfikacji przed objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji zgody, otrzymałem ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-15224, ogólne warunki umowy dodatkowej do grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-15324\*\*, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, w tym specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ), w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, Regulamin Uczestnictwa w Programie Pakiet Usług Assistance\*\*\* z którymi się zapoznałem i których treść akceptuję.
- Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”\*\*\*\*
- Oświadczam, iż w związku z udziałem w Programie „Pakiet Usług Assistance” otrzymałem informację na temat przetwarzania moich danych osobowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego programu.  TAK  NIE
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji zgody są zgodne z prawdą.

SEKCJA II \*

- Wyrażam zgodę na występowanie przez Vienna Life 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 informację 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.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę, na występowanie przez Vienna Life 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 Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.  TAK  NIE

SEKCJA III

- Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji zgody nie przebywam na zwolnieniu lekarskim z powodu niezdolności do pracy wskutek choroby (dotyczy pracownika Ubezpieczającego).  TAK  NIE
- Przyjmuję do wiadomości, iż w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, koniecznym jest złożenie oświadczenia o stanie zdrowia\*\*\*\*
- Wyrażam zgodę, aby Vienna Life 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

w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa) 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, 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

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 Vienna Life 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
- Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich oświadczeń woli, koniecznych do zmian umowy ubezpieczenia, na które uprzednio wyraziłem zgodę, w tym także sumy ubezpieczenia.

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

Prosimy o czytelny podpis imieniem i nazwiskiem.

DD - MM - RRRR  
Data podpisania wniosku miejscowość

podpis Ubezpieczanego

Jako Dystrybutor oświadczam, że zweryfikowałem tożsamość Ubezpieczanego oraz poprawność danych na podstawie okazanych mi dokumentów tożsamości/ w inny dopuszczony przepisami prawa polskiego sposób, w tym na podstawie aplikacji mObywatel. Potwierdzam, że podpisy zostały złożone przez powyżej wskazane osoby, których ten wniosek dotyczy.

AGENT /BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_  
 Agent  Broker

OFWCA

ID osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_

OFWCA

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.  
ID Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Dystrybutor ubezpieczeń \_\_\_\_\_  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.  
ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń \_\_\_\_\_ Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. \_\_\_\_\_  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

(OFWCA - Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym)

\* Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym.

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

\*\*\*Dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia, w których zakres ochrony ubezpieczeniowej został rozszerzony o Umowę Dodatkową

\*\*\*\*Dotyczy wyłącznie Ubezpieczonych, których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

\*\*\*\*\* W przypadku Ubezpieczonych o statusie: pełnoletnie Dziecko, Konkubent, Partner.