

# Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

☐ Pracownik ☐ Małżonek ☐ Partner ☐ Pełnoletnie dziecko



VIENNA INSURANCE GROUP

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

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

## UBEZPIECZAJĄCY

Wypełnia Osoba upoważniona przez Ubezpieczającego przyjmująca Deklarację zgody (poniższe dane dotyczą Ubezpieczonego składającego Deklarację zgody)

Nazwa i siedziba lub czytelny

odcisk pieczęci firmowej \_\_\_\_\_

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01 - MM - RR,RR (nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpieczonego)

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA

DD - MM - RR,RR

☐ Umowa o pracę ☐ Umowa cywilnoprawna

(nie dotyczy Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)

Data DD - MM - RR,RR

miejsowość \_\_\_\_\_

pieczęć i podpis Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

## DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Data

urodzenia DD - MM - RR,RR

Seria, numer, oznaczenie

PESEL \_\_\_\_\_ dokumentu stwierdzającego tożsamość \_\_\_\_\_

Płeć K M

Obywatelstwo \_\_\_\_\_

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

Adres \_\_\_\_\_

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

## UPOSAŻENI GŁÓWNI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

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

## UPOSAŻENI ZASTĘPCZY (gdy w dacie śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych głównych stało się bezskuteczne)

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

## SKŁADKA

Składka podstawowa \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ zł

Cegielki (do wyboru tylko jeden wariant z danej cegielki, wybór cegiełek jest dobrowolny)

Dziecko

wariant 1: ☐ 7 zł

wariant 2: ☐ 12 zł

Nieszczęśliwy wypadek

wariant 1: ☐ 8 zł

wariant 2: ☐ 13 zł

Zdrowie

wariant 1: ☐ 9 zł

wariant 2: ☐ 14 zł

Rodzina

wariant 1: ☐ 15 zł

wariant 2: ☐ 21 zł

Onkologiczna\*

wariant 1: ☐ 19 zł

wariant 2: ☐ 28 zł

Kardiologiczna\*

wariant 1: ☐ 10 zł

wariant 2: ☐ 16 zł

Ekspertka

opinia medyczna

wariant: ☐ 20 zł

\*wybór tej cegielki skutkuje koniecznością udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia w Sekcji II. Cegielki te mogą wybrać tylko osoby, które nie ukończyły 60 roku życia.

## 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 (dotyczy przystąpienia małżonka) DD - MM - RR,RR

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia) Składki ubezpieczeniowej za osobę, która składa niniejszą Deklarację zgody. Oświadczam\*\*, że pozostaję z osobą, która składa niniejszą deklarację zgody: w związku małżeńskim\* / stałym związku partnerskim\* (definicja Partnera zgodnie z zapisami SWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

Data DD - MM - RR,RR

miejsowość \_\_\_\_\_

podpis Pracownika

## DANE PARTNERA

WYPEŁNIA PRACOWNIK LUB PEŁNOLETNIE DZIECKO (TYLKO W PRZYPADKU, GDY NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM)

Nazwisko i imię Partnera \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ lub w przypadku obcokrajowca data urodzenia \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ oraz numer paszportu \_\_\_\_\_

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

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS

NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 311 843 763,00 zł – opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa

Tel.: 22 460 22 22

## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Użyte poniżej określenie Vienna Life oznacza Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa)

SEKCJA I – OŚWIADCZENIA NIEZBĘDNE DO OBIĘCIA  
OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

- 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-10624 (dalej: OWU); Umowa ubezpieczenia; propozycja ubezpieczenia (dot. gdy deklaracja zgody jest składana wraz z wnioskiem o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie); oferta Vienna Life 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 Vienna Life 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 Vienna Life 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 Vienna Life oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

☐ TAK na wszystkie powyższe ☐ NIE na którąkolwiek z powyższych

### ! Należy wypełnić Sekcję II, jeżeli Umowa ubezpieczenia nie zwalnia z obowiązku złożenia oświadczenia o stanie zdrowia i/lub wybrano cegielkę onkologiczną i/lub kardiologiczną

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 (pytanie nie dotyczy, gdy zwolnienie lekarskie było z powodu ciąży lub porodu, złamań i skręceń kończyn)? 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, wrzodziejące zapalenie jelit, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, chorobę wieńcową z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę psychiczną, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub przebył/a Pan/Pani leczenie kardiologiczne lub leczenie naczyń krwionośnych z wyjątkiem żyłaków kończyn dolnych i pajączków naczyńnych lub wartości ciśnienia tętniczego przekraczały 160/100 mmHg? ☐ TAK ☐ NIE

W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o załączenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przychodni lub wyniki wykonywanych badań) - wymóg ten nie ma zastosowania w sytuacji, gdy Sekcja II jest wypełniana tylko w związku z wyborem cegielki onkologicznej i/lub kardiologicznej.

- Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? ☐ TAK ☐ NIE

### ! W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” na którekolwiek z pytań Sekcji II Ubezpieczony nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach cegielki onkologicznej i/lub kardiologicznej

SEKCJA III

- 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: ☐ TAK ☐ NIE  
po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE  
w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Vienna Life 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: ☐ TAK ☐ NIE  
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 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

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

Data DD MM RR RR RR RR \_\_\_\_\_  
mięscowość

podpis Ubezpieczonego