

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 Stowarzyszenie Krzewienia Kultury Drogowej, 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 dla członka Stowarzyszenia Krzewienia Kultury Drogowej



WYPEŁNIĆ WIELKIMI 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 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

Miesięczna Składka ubezpieczeniowa _____, _____ zł

DANE PARTNERA

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY (TYLKO W PRZYPADKU, GDY UBEZPIECZONY NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM)

Nazwisko i imię Partnera _____

PESEL Partnera _____

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 OBJĘCIA 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, 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 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 udzielił 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

Pytania			Odpowiedzi szczegółowe
1. Wzrost, waga, zmiana wagi w ostatnim roku. Czy zmiana była skutkiem diety odchudzającej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	_____ cm _____ kg kg _____ (+) _____ (-)

W przypadku odpowiedzi TAK na pytanie 2 – 3 Oświadczenia o stanie zdrowia, należy wypełnić Ankieta medyczną.

2. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się lub otrzymał/a Pan/Pani rentę chorobową (inwalidzką, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny lub stopień niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Pytania szczegółowe: Na jaki okres? Z jakiego powodu? Grupa, stopień niezdolności do pracy lub stopień niepełnosprawności?			
3. Czy przez ostatnie 5 lat leczył się Pan/Pani lub rozpoznano u Pana /Pani chorobę serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, padaczkę, niedowład, choroby płuc, choroby nerek, choroby psychiczne, cukrzycę, choroby wątroby, choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane, choroby zakaźne (w szczególności: boreliozę, WZW typu B, typu C, HIV) guz lub nowotwór, chorobę alkoholową, chorobę jelit. Czy chorował (a) Pan/Pani, choruje, prowadzono u Pana/Pani diagnostykę, jak również zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu w związku z ww. chorobami?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

Proszę podać informacje o placówkach medycznych, w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub lekarz rodzinny Ubezpieczonego. Nazwa, adres, numer telefonu:

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 D,D, - M,M, - R,R,R,R, _____ miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego

Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący Deklarację zgody

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI D,D, - M,M, - R,R,R,R, _____

POTWIERDZAM CZŁONKOSTWO UBEZPIECZONEGO W STOWARZYSZENIU TAK

PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 0,1, - M,M, - R,R,R,R, _____
(nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpieczonego)

Data DD MM RRRR _____ miejscowość _____ pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego