

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 firmowejUniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Wybrzeże Pasteura 1, 50-367 Wrocław

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

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

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA

dzień - miesiąc - rok R, R, R

 Umowa o pracę Umowa cywilnoprawna ← zaznacz formę zatrudnienia

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

Data dzień - miesiąc - rok R, R, R MIEJSCOWOŚĆ
miejscowość

Podpis Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

pieczęć i podpis Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO**UZUPEŁNIJ PODAJĄC SWOJE DANE JAKO OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA**

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia DD - MM - RRRR PESEL _____ Seria, numer, oznaczenie dokumentu stwierdzającego tożsamość _____ Płeć K, M

Obywatelstwo _____ E-mail _____

Adres _____

Nr tel. _____ Zawód wykonywany _____

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Rodzaj Uposażonego*	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. UZUPEŁNIJ, PODAJĄC DANE OSOBY/OSÓB UPOSAŻONYCH				
2. NA WYPADEK ŚMIERCI				
3. _____				
4. _____				

* wpisać czy Uposażony jest główny, czy zastępczy

SKŁADKASkładka podstawowa W1 57 zł W2 73 zł W3 77 zł W4 116 zł W5 111 zł ← wybierz wysokość składki podstawowej

Cegielki ← możesz wybrać dowolną liczbę cegiełek – pod warunkiem wybrania jednego wariantu z danej cegielki

Dziecko 7 zł Nieszczęśliwy wypadek 8 zł Zdrowie 9 zł Kardiologiczna 10 zł Rodzina 15 zł Ekspertka opinia medyczna 20 zł
 12 zł 13 zł 14 zł 16 zł 21 złOnkologiczna 19 zł przy wyborze cegielki onkologicznej należy wypełnić poniższą ankietę 28 zł

– max wiek przystąpienia 60 lat.

– w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” na pytania 1 lub 2 Towarzystwo podejmie decyzję o zgodzie na objęcie ubezpieczonego ochroną w ramach pakietu cegielki onkologicznej na podstawie przeprowadzonej dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

– w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” na którekolwiek z pytań 3-6 nie będziemy mogli objąć ubezpieczonego wybierającego cegielkę onkologiczną ochroną tylko w ramach tego pakietu

– obowiązuje udzielenie odpowiedzi na pytania dot. stanu zdrowia:

1. Czy pali Pan/Pani regularnie tytoń/papierosy (w tym e-papierosy) lub używa Pan/Pani urządzeń do podgrzewania tytoniu (przy czym regularne palenie/używanie oznacza codzienne, także jeśli wystąpiły okresowe przerwy z jakiegokolwiek przyczyny)? TAK NIE2. Czy u Pana/Pani biologicznych krewnych (tj. matki, ojca, brata lub siostry) rozpoznano nowotwór złośliwy przed 60 rokiem życia? TAK NIE3. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pana/Pani nowotwór in situ lub nowotwór złośliwy (w tym choroby nowotworowe krwi)? TAK NIE4. Czy jest Pan/Pani objęty/a kontrolą lekarską (w tym obserwacją) w związku z jakkolwiek zmianą: torbiel, guz, polip, cysta, dysplazja, nieprawidłowość ujawniona w badaniach obrazowych, laboratoryjnych, endoskopowych, wymazach, biopsji? TAK NIE5. Czy jest Pan/Pani w trakcie diagnostyki lub oczekuje Pan/Pani na diagnostykę medyczną w kierunku nowotworu? TAK NIE6. Czy jest Pan/Pani w trakcie diagnostyki lub oczekuje Pan/Pani na diagnostykę medyczną z następującymi objawami: utrata wagi, biegunki, krwawienia z dróg rodnych, krwawienie z odbytu, duszność, guzek piersi, zmiany skórne o charakterze rozrostowym czy krwawiącym, uporczywy kaszel, bóle lub zawroty głowy? TAK NIE

* Niepotrzebne skreślić.

** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

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-RRRR

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-RRRR _____ miejscowość _____ podpis Pracownika _____**DANE PARTNERA****WYPEŁNIA PRACOWNIK LUB PEŁNOLETNIE DZIECKO (TYLKO W PRZYPADKU, GDY NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM)**Nazwisko i imię Partnera **UZUPEŁNIJ PODAJĄC DANE SWOJEGO PARTNERA** _____

PESEL Partnera _____

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)

- 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 wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie tych wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej.
- W przypadku wybrania pola "NIE" lub nie wypełnienia żadnego z pól wyboru "TAK/NIE" w SEKCJI I, osoba składająca Deklarację zgody nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową. → TAK na wszystkie powyższe NIE na którąkolwiek z powyższych

Należy wypełnić, jeżeli Umowa ubezpieczenia nie zwalnia z obowiązku złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub/i wybrano cegielkę CARDIO

- 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

**WYPEŁNIAJĄ PRACOWNICY PRZYSTĘPUJĄCY PO UPŁYWIE
3 MIESIĘCY OD DATY ZATRUDNIENIA LUB STARTU PROGRAMU
I JEŚLI WYBRANO CEGIEŁKĘ KARDIOLOGICZNĄ**

- 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, 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 kardiologiczne? 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

- 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

- 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 V kontakt: _____ i automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę wiadomości elektronicznej. TAK NIE

**ZGODY MARKETINGOWE
DOBROWOLNOŚĆ UDZIELANIA ODPOWIEDZI**

- 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 DZIEŃ-MIESIĄC-ROK RR-RR RRRR _____ **TWÓJ CZYTELNY PODPIS** _____
miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego _____