



DEKLARACJA ZGODY NA PRZYSTĄPIENIE DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE VERTUS - UBEZPIECZONY GŁÓWNY

Nazwa/Pieczątko Ubezpieczającego

Seria i nr Polisy

DANE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO

Nazwisko

Imię

PESEL

Zawód wykonywany

Data zatrudnienia lub powstania innego stosunku prawnego pomiędzy Ubezpieczonym głównym a Ubezpieczającym: / /

Adres zamieszkania:

Ulica

Nr domu/nr mieszkania

Miejscowość

Poczta

Kod pocztowy

Telefon

e-mail

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

Nr domu/nr mieszkania

Miejscowość

Poczta

Kod pocztowy

Telefon

e-mail

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU GRUPOWYM

Składka miesięczna/kwartalna/półroczna/roczna* Kwota: _____ zł Procent wynagrodzenia: _____ %

*Niepotrzebne skreślić

INFORMACJE O PARTNERZE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO*

Nazwisko

Imię

PESEL

*Dane partnera możliwe są do zmiany raz w roku polisowym

UPOSAŻENI*

Imię i nazwisko/Nazwa	PESEL/data urodzenia/ REGON/NIP	Adres	Udział w %

*Jeżeli istnieje konieczność podania większej liczby osób Uposażonych, prosimy o podanie ich danych na formularzu stosowanym przez Towarzystwo i dołączenie do deklaracji zgody.

OŚWIADCZENIE I

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:

- przystępuję do ubezpieczenia grupowego na życie VERTUS w okresie 4 miesięcy przypadających po dacie zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez Ubezpieczającego i byłem(am) wcześniej ubezpieczony(a) w ramach grupowego ubezpieczenia na życie zawartego przez Ubezpieczającego lub
- przystępuję do ubezpieczenia grupowego na życie VERTUS w okresie 4 miesięcy przypadających po dacie zatrudnienia lub nawiązania z Ubezpieczającym innego stosunku prawnego.

TAK NIE

Uwaga! W przypadku zaznaczenia „NIE” prosimy wypełnić niżej załączoną Deklarację stanu zdrowia Ubezpieczonego głównego.

DEKLARACJA STANU ZDROWIA UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO

1. Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebywał(a) Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 14 dni (nie dotyczy ciąży)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli „TAK”, prosimy podać przyczyny zwolnienia		
2. Czy w przeszłości chorował(a) Pan/Pani lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej:		
a) zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, wady serca, nadciśnienie tętnicze krwi, kardiomiopatia, infekcyjne zapalenie wsierdza, przewlekła niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
b) niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
c) przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP), astma oskrzelowa, rozedma płuc, mukowiscydoza, pylica płuc, niewydolność oddechowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
d) choroby tarczycy z nadczynnością lub niedoczynnością narządu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
e) hemofilia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
f) nowotwory	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
g) cukrzyca, przewlekłe zapalenia trzustki, zapalenie jelita grubego, zespół polipowatości rodzinnej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
h) udar mózgu, paraliż (porażenie), niedowład, padaczka, stwardnienie rozsiane (SM), choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroba psychiczna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
i) uzależnienie od alkoholu, narkotyków, środków psychotropowych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
j) wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, marskość wątroby, autoimmunologiczne zapalenie wątroby, pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, AIDS, zakażenie wirusem HIV	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
k) choroby układu kostno-stawowego, reumatoidalne zapalenie stawów (rzs), układowe choroby tkanki łącznej, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK), oraz zwyrodnienia stawów, choroby mięśni, wypadania dysku lub urazy (złamania, zwichnięcia, naderwania), które pozostawiły trwałe następstwa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
l) choroby niewymienione powyżej będące wadami wrodzonymi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
m) przebyte choroby skutkujące hospitalizacją powyżej 30 dni	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli „TAK”, prosimy podać szczegóły przebytej choroby		
3. Czy ubiegał(a) się Pan/Pani lub otrzymywał(a) lub będzie się ubiegać o uzyskanie renty lub czy Pana/Pani zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Czy w ciągu ostatniego roku był(a) Pan/Pani operowany(a) lub czy oczekuje Pan/Pani na wykonanie zabiegu operacyjnego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli „TAK”, prosimy podać szczegóły przebytej lub planowanej operacji		
5. Prosimy podać nazwisko/nazwę, adres lekarza/przychodni, z których usług korzystał(a) Pan/Pani w przeszłości lub korzysta obecnie. Jeśli nie ma Pan/Pani swojego lekarza, prosimy podać dane lekarza/przychodni, gdzie wykonywał(a) Pan/Pani badania (np. okresowe):		
_____ Imię i nazwisko lekarza / Nazwa przychodni		_____ Adres lekarza / przychodni

Niniejszym wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez Ubezpieczającego z Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna, na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie VERTUS (w tym ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych), obowiązujących w dniu złożenia deklaracji zgody z uwzględnieniem warunków dodatkowych i odmiennych wskazanych w Generalnej Umowie Ubezpieczenia, z których treścią zapoznałem(am) się i oświadczam, że są one dla mnie zrozumiałe i w pełni je akceptuję. **Oświadczam, że w dniu podpisywania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim ani w szpitalu**, oraz że wszystkie informacje zawarte w niniejszej deklaracji i innych dokumentach wymaganych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna są zgodne z prawdą i zostały przeze mnie podane w dobrej wierze w celu przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Potwierdzam, że zostały mi dostarczone na piśmie informacje dotyczące pośrednika ubezpieczeniowego, zgodnie z wymogami ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna – w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia – wszystkich informacji medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub lecę albo zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę, w tym również na wypadek mojej śmierci, na udostępnianie Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna do zasięgnięcia informacji z sądu, prokuratury oraz innych organów i instytucji, w tym również Narodowego Funduszu Zdrowia lub Ministerstwa Zdrowia (w zakresie ustalenia placówek medycznych, w których lecę się lub leczyłem/am) w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna.

_____ _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego głównego

OŚWIADCZENIE II

Niniejszym upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej deklaracji uczestnictwa, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia, wysokości składki, sumy ubezpieczenia.

_____ _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego głównego

OŚWIADCZENIE III

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów lub usług Towarzystwa po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej – bezterminowo.

_____ _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego głównego

przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

_____ D D M M R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego

przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów i usług Asekuracji sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

_____ D D M M R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego

otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa.

_____ D D M M R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego

otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

_____ D D M M R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego

otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Asekuracji sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

_____ D D M M R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (j.t. Dz.U. z 2014 r., poz. 1182 ze zm.) informujemy, że:

- 1) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, jest administratorem Pani/Pana danych osobowych,
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:
 - a) zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 3 ustawy o ochronie danych osobowych i przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (j.t. Dz.U. z 2013 r., poz. 950 ze zm.);
 - b) marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług Towarzystwa, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 4 pkt 1 w zw. z art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych oraz na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych;
 - c) marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych oraz Asekuracji sp. z o.o., prowadzonego przez Towarzystwo, na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych;
- 3) przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania;
- 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne,
- 5) dane osobowe będą udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa albo Pani/Pana dobrowolnie wyrażonej zgody.

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI ZGODY

_____ D D M M R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis osoby przyjmującej deklarację zgody

Pieczęćka Ubezpieczającego