

Członek KLUBU PGA Sp. z o.o.

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

Klub PGA Sp. z o.o.
ul. Naukowa 41A, 02-463 Warszawa

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

 Data DD - MM - R,R,R,R _____
 _____ miejscowość _____ pieczęć i podpis Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Możliwość przystąpienia osób w wieku nie więcej niż 73 lata

Nazwisko i imię _____

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

Obywatelstwo _____ E-mail _____

Adres _____

Nr tel. _____ Zawód wykonywany _____

Czy był Pan / była Pani dotychczas ubezpieczony/a przed przystąpieniem do ubezpieczenia w Vienna Life TU na Życie VIG? TAK* NIE

 Okres poprzedniego ubezpieczenia: od DD - MM - R,R,R,R do DD - MM - R,R,R,R

*w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” należy dostarczyć certyfikat poprzedniego ubezpieczenia na etapie zgłaszania roszczenia..

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 (wybrany wariant oznaczyć „X”)

Odpowiedzialność Vienna Life TU na Życie S.A. VIG nie dłużej niż do rocznicy umowy ubezpieczenia przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 74 roku życia.

Wariant podstawowy – do wyboru wyłącznie jeden wariant:

 podstawowy 1: 66,00 zł podstawowy 2: 82,00 zł podstawowy 3: 108,00 zł

DANE PARTNERA

WYPEŁNIA CZŁONEK KLUBU PGA (TYLKO W PRZYPADKU, GDY NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM)

Nazwisko i imię Partnera _____

 PESEL Partnera _____ lub w przypadku obcokrajowca: data urodzenia DD - MM - R,R,R,R oraz numer paszportu _____

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 OBJĘCIA 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. 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 Członka Klubu PGA Sp. z o.o.
- 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

- ❗ **Z obowiązku wypełnienia sekcji II zwolniona jest osoba przystępująca z zachowaniem ciągłości ubezpieczenia, której staż w poprzednim ubezpieczeniu wynosi nie mniej niż 6 miesięcy.**
- ❗ **Zaznaczenie w sekcji II odpowiedzi na TAK będzie skutkowało odmową przyjęcia do ubezpieczenia.**

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 kardiochirurgiczne lub leczenie naczyń krwionośnych za wyjątkiem żyłaków kończyn dolnych i pajęczaków naczyniowych lub wartości ciśnienia tętniczego przekraczały 160/100 mmHg? 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

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:

 po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. TAK NIE

 w trakcie 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 Warszawie 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

- 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 . . - . . . - . . .

miejscowość _____

podpis Ubezpieczonego _____