

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 74 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”)

Wariant podstawowy – do wyboru wyłącznie jeden wariant:

podstawowy 1: 45,00 zł podstawowy 2: 60,00 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 udzielił 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 wypełniania 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 _____