



Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi

Ubezpieczający

Nazwa firmy **Polenergis Sp. z o.o.**

Ubezpieczony

Nazwisko			
Imię			
Data urodzenia	PESEL		
Obywatelstwo			
Nr paszportu/karty stałego pobytu/karty czasowego pobytu (wypełnić w przypadku braku Nr PESEL)			
Ulica			
Nr domu	Nr mieszkania	Kod pocztowy	
Miejscowość			
Nr telefonu			
E-mail			

Zakres ubezpieczenia

Rodzaj świadczenia	Warianty		
	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Śmierć ubezpieczonego	400 zł	400 zł	400 zł
Śmierć ubezpieczonego wskutek NW	30 000 zł	50 000 zł	100 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	1 000 zł	5 000 zł	14 000 zł
za 1%	10 zł	50 zł	140 zł
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany NW			
od 1 do 14 dnia	20 zł	40 zł	90 zł
powyżej 14 dni	20 zł	40 zł	90 zł
pobyt na OIOM	20 zł	40 zł	90 zł
Składka roczna	40 zł	60 zł	110 zł
Wybór wariantu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Uposażeni (osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia)

Imię	Nazwisko	PESEL	Adres korespondencyjny	Udział
				%
				%
				%
				%



Oświadczenie

Niniejszym zgłaszam swoje przystąpienie do ubezpieczenia i oświadczam, że

- w dniu podpisania niniejszego wniosku przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu,
- wszelkie podane przeze mnie dane są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) wolne jest od odpowiedzialności zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa,
- otrzymałam(em) i zapoznałam(em) się z treścią Ogólnych warunków ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na przystąpienie i znane są mi wszelkie prawa i obowiązki wynikające z objęcia mnie Ubezpieczeniem,
- zostałam(em) poinformowany, że administratorem danych osobowych jest Ubezpieczyciel oraz zostałam(em) poinformowany o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i o ich przekazywaniu zakładom reasekuracji w kraju i za granicą wyłącznie w celu wykonywania umowy ubezpieczenia jak również o tym, że obowiązek podania tych danych wynika z art. 815 Kodeksu Cywilnego,
- zostałam(em) poinformowany o przetwarzaniu moich danych osobowych, związanych z objęciem mnie Ubezpieczeniem, z wyłączeniem danych wrażliwych (dane o stanie zdrowia i nałogach) w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Ubezpieczyciela na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych oraz o możliwości wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych w celach marketingowych a także możliwości wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania danych osobowych w celach marketingowych ze względu na szczególną sytuację.

Wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku oraz innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi w tym danych o stanie zdrowia i nałogach w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, objęcia mnie Ubezpieczeniem oraz w celu jego właściwej obsługi. W przypadku nie objęcia mnie Ubezpieczeniem, mojego wystąpienia z Ubezpieczenia, rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia albo wypłaty świadczenia, zgadzam się na przetwarzanie moich danych w celach archiwalnych. Zgoda obejmuje także przetwarzanie moich danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zmieni się cel przetwarzania,
- przekazywanie moich danych osobowych związanych z objęciem mnie Ubezpieczeniem (w tym danych o stanie zdrowia i nałogach) zawartych w niniejszym wniosku oraz innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia Ubezpieczycielowi, za pośrednictwem Ubezpieczającego,
- występowanie Ubezpieczyciela do podmiotów leczniczych, o których mowa w art.4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.), które udzielały mi świadczeń zdrowotnych z żądaniem przekazania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym również do występowania o kopię dokumentacji medycznej w celu weryfikacji podanych przeze mnie informacji o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z tytułu zawartej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Program Assistance

Wybieram wariant ubezpieczenia: ☐ light (składka roczna – 7,80 zł) ☐ top (składka roczna – 19,20 zł)

Niniejszym oświadczam, że:

- przystępuję do Programu Assistance i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a ACE European Group Limited Sp. z o.o Oddział w Polsce,
- wszelkie podane przeze mnie dane są kompletne i zgodne z prawdą,
- zapoznałam(em) się z treścią Ogólnych warunków ubezpieczenia Assistance dla uczestników Programu Assistance organizowanego przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. i są mi znane wszelkie prawa i obowiązki wynikające z objęcia mnie ubezpieczeniem,
- przyjmuję do wiadomości, iż Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie oraz ACE European Group Limited Sp. z o.o Oddział w Polsce przetwarzać będą moje dane osobowe jako administratorzy danych osobowych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926, ze zm.) w celu wykonania Umowy Ubezpieczenia oraz obowiązków wynikających z Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r, nr 11, poz. 66, ze zm) i Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2010 r., nr 46, poz. 276, ze zm.) oraz że mam prawo dostępu do ich treści oraz do ich poprawiania,
- zostałam(em) poinformowany przez Ubezpieczyciela, że wszelkie skargi, zażalenia i roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia winny być przesłane na adres siedziby Ubezpieczyciela,
- przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nieuznania skargi przez Ubezpieczyciela mam prawo dochodzić swoich roszczeń przed sądem powszechnym lub złożyć skargę do Rzecznika Ubezpieczonych.

Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Ubezpieczyciela drogą elektroniczną przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu e-mail:

- informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w ramach której zostałam objęty ochroną,

☐ Tak ☐ Nie

- oraz informacji handlowych dotyczących produktów Ubezpieczyciela.

☐ Tak ☐ Nie

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółki powiązane z ACE European Group LTD w Londynie w celu promocji i marketingu oferowanych przez nie produktów i usług

☐ Tak ☐ Nie

Podsumowanie

a) składka roczna za wybrany wariant ubezpieczenia: _____ zł,

b) składka roczna za wybrany wariant Assistance: _____ zł.

SKŁADKA ŁĄCZNA (a+b): _____ zł.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe S.A. („Nationale-Nederlanden UF”) moich danych osobowych w następującym zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numery telefonów, PESEL, stan cywilny, e-mail, w celach marketingowych (w tym również na przekazywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail materiałów reklamowych).

Ubezpieczony ☐ Tak ☐ Nie

Wyrażam zgodę na przekazanie przez Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe S.A. („Nationale-Nederlanden UF”) moich danych osobowych w następującym zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numery telefonów, PESEL, stan cywilny, e-mail, w celu przetwarzania tych danych przez polskie podmioty zależne od podmiotu dominującego wobec Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe S.A., a w szczególności Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (w tym również na przekazywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail materiałów reklamowych), aby mogły zaprezentować mi swoją ofertę marketingową.

Ubezpieczony ☐ Tak ☐ Nie

Administratorem danych osobowych jest Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342. Przekazane przez Pana/Panią dane będą przetwarzane w celu przedłożenia Panu/Pani oferty marketingowej polskich podmiotów zależnych od podmiotu dominującego wobec Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe S.A. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych i prawo ich poprawiania. Dane podane zostały dobrowolnie.

Oświadczenie Ubezpieczonego

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Wzór podpisu

Data

Ubezpieczający/Uprawniony przez Pracodawcę

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Wzór podpisu¹

Data

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; tel. +48 (22) 522 00 00, fax +48 (22) 522 11 11, www.nn.pl
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 25443;
NIP: 527-10-02-574, Kapitał zakładowy – 41 000 000 zł, wpłacony w całości



Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polenergis Sp. z o.o. (Ubezpieczający) oraz podmioty zależne lub powiązane kapitałowo i/lub osobowo, moich danych osobowych w następującym zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numery telefonów, PESEL, stan cywilny, e-mail, w celach marketingowych oraz w celu realizacji i obsługi ubezpieczenia (w tym również na przekazywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail materiałów reklamowych oraz informacji o zmianach warunków umowy ubezpieczenia). Administratorem danych osobowych jest Polenergis Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Legnickiej 17/27, 53-671 Wrocław. Przekazane przez Pana/Panią dane będą przetwarzane w celu przedłożenia Panu/Pani oferty marketingowej Polenergis Sp. z o.o. oraz podmiotów zależnych lub powiązanych kapitałowo i/lub osobowo z Polenergis Sp. z o.o. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych i prawo ich poprawiania. Dane podane zostały dobrowolnie.

Ubezpieczony ☐ Tak ☐ Nie

Podpis Ubezpieczonego