Ubezpieczenia Pocztowe

Deklaracja przystąpienia do Grupowego Ubezpieczenia na Życie oferowanego przez Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: „Towarzystwo")

Ubezpieczający: **Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach**

Typ dokumentu

☐ 1. Przystąpienie do ubezpieczenia ☐ 2. Zmiana danych osobowych ☐ 3. Zmiana Uposażonych ☐ 4. Zmiana wariantu ubezpieczenia

Dane Ubezpieczonego

5. Imię

6. Nazwisko

7. Data urodzenia __ __ / __ __ / __ __ __ __

8. PESEL

Oświadczam, że jestem:

☐ 9. Pracownikiem ☐ 10. Małżonkiem pracownika

☐ 11. Pełnoletnim dzieckiem pracownika ☐ 12. Partnerem życiowym pracownika

Dane Pracownika (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje członek rodziny lub partner życiowy Pracownika)

13. Imię

14. Nazwisko

15. PESEL

Adres korespondencyjny ubezpieczonego

16. Ulica

17. Nr domu/Nr lokalu

18. Kod pocztowy

19. Miejscowość

20. Telefon komórkowy

21. Adres e-mail

Partner życiowy ubezpieczonego

Oświadczam, że pozostaję w związku nieformalnym z:

22. Imię

23. Nazwisko

24. PESEL

Uposażeni

Uposażony I

25. Imię/Nazwa firmy

26. Nazwisko/Nazwa firmy

27. PESEL/REGON

28. Udział procentowy %

Uposażony II

29. Imię/Nazwa firmy

30. Nazwisko/Nazwa firmy

31. PESEL/REGON

32. Udział procentowy %

Uposażony III

33. Imię/Nazwa firmy

34. Nazwisko/Nazwa firmy

35. PESEL/REGON

36. Udział procentowy %

Wybór wariantu ubezpieczeniowego oraz wysokość składki miesięcznej potrącanej z wynagrodzenia pracownika

☐ 37. Wariant 1: **65,50 zł** ☐ 38. Wariant 2: **84,50 zł**

Oświadczenia

1. Oświadczam, że przed złożeniem niniejszej Deklaracji przystąpienia doręczono mi Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie wraz z pozostałymi ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych wymienionymi poniżej w Wykazie Ogólnych Warunków oraz Specyfikację Warunków Zamówienia na grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach oraz członków rodzin. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z wybranym przeze mnie Wariantem ubezpieczenia.

2. Dotyczy dotychczas nieubezpieczonych małżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci: oświadczam, że:
w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu w celu leczenia szpitalnego, na rekonwalescencji, w placówce dla przewlekle chorych, nigdy nie orzeczono w stosunku do mnie niezdolności do pracy oraz niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

UWAGA! Jeżeli w Pana/Pani przypadku powyższe oświadczenie w którymkolwiek punkcie nie jest prawdziwe, a mimo to przystąpi Pan/Pani do ubezpieczenia, Towarzystwo, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Panu/Pani świadczenia lub wyciągnąć inne konsekwencje wynikające z powszechnie obowiązującego prawa.

UWAGA: proszę uzupełnić w pkt 3.-4. poniżej.

3. ☐ TAK ☐ NIE **Wyrażam zgodę** na uzyskiwanie przez Towarzystwo od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, dotyczących mnie informacji oraz dokumentacji medycznej o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, ze stanem mojego zdrowia, z weryfikacją podanych przeze mnie danych, a także informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej, w tym informacji, po mojej śmierci.

4. ☐ TAK ☐ NIE **Wyrażam zgodę** na zasięganie przez Towarzystwo informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek medycznych, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej, w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia.

Wyrażenie zgód, o których mowa w pkt 3.-4. powyżej jest dobrowolne, jednakże ich niewyrażenie będzie skutkowało odmową przyjęcia Pana/Pani do umowy ubezpieczenia.

5. ☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę na udostępnianie innym zakładom ubezpieczeń i uzyskiwanie przez Towarzystwo od innych zakładów ubezpieczeń dotyczących mnie informacji w zakresie potrzebnym do ustalania prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń.

6. ☐ TAK ☐ NIE Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Towarzystwo na wskazany powyżej adres poczty elektronicznej lub numer telefonu komórkowego korespondencji związanej z udzielaną ochroną ubezpieczeniową wskutek przystąpienia przeze mnie do umowy ubezpieczenia, w tym certyfikatu ubezpieczeniowego. .

7. Wyrażam zgodę na kontakt w podanych poniżej formach oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo w celu:

1) ☐ TAK ☐ NIE telefonicznego marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług,
2) ☐ TAK ☐ NIE przesyłania informacji handlowych, odnoszących się do własnych produktów lub usług, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, tj. na podany powyżej adres poczty elektronicznej lub numer telefonu komórkowego.

8. Wyrażam zgodę na przekazanie przez Towarzystwo moich, podanych w treści niniejszego formularza, danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, numeru PESEL oraz numerów telefonów, adresu korespondencyjnego, adresu poczty elektronicznej (w zależności od zakresu zgód udzielony w pkt 1-3 poniżej) Agro Ubezpieczenia – Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie przy ul. Rodziny Hiszpańskich 8 w celu przetwarzania ich przez ten podmiot w następującym zakresie:

1) ☐ TAK ☐ NIE telefonicznego marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług,
2) ☐ TAK ☐ NIE marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług,
3) ☐ TAK ☐ NIE przesyłania informacji handlowych, odnoszących się do własnych produktów lub usług, za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

39. Data ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

40. Podpis Pracownika

41. Podpis przystępującego do ubezpieczenia Małżonka, Partnera lub Pełnoletniego Dziecka Pracownika

Wykaz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie: Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie (OWU OG_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (OWU OG_SNW_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego (OWU OG_SNWK_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy Pracy (OWU OG_SNWP_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (OWU OG_SZU_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka (OWU OG_OD_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (OWU OG_TU_01_2017) wraz z Załącznikiem nr 1 do OWU_TU Tabelą uszczerbków; Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (OWU OG_TUZU_01_2017) wraz z Załącznikiem nr 1 do OWU_TUZU Tabelą uszczerbków; Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałej Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby (OWU_OG_NDP_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (OWU OG_PSZ_01_2017) Załącznik nr 1 do OWU PSZ nie ma zastosowania; Ogólne Warunki Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznej Ubezpieczonego (OWU OG_OCH_01_2017) wraz z Załącznikiem nr 1 do OWU OCH Lista operacji; Ogólne Warunki Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego (OWU OG_PZ_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego (OWU_OG_LS_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka (OWU OG_UD_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka Martwego (OWU OG_UDM_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Dziecka (OWU OG_SD_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (OWU OG_SDNW_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego (OWU OG_SM_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (OWU OG_SMNW_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Rodzica albo Teścia (OWU OG_SRT_01_2017); Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Rodzica lub Teścia (NNW_OWU_OG_SRTNW_01_2017).

Osoba przyjmująca deklarację, obsługująca ubezpieczenie u Ubezpieczającego

42. Imię

43. Nazwisko

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. **Administrator danych**. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo.
2. **Inspektor Ochrony Danych**. IODO@pocztowenazycie.pl
3. **Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych**. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
   1) wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy,
   2) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Towarzystwa – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
   3) dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
   4) przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
   5) reasekuracji ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa.
4. **Okres przechowywania**. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa dotyczących rachunkowości.
5. **Ujawnianie danych osobowych**. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz innym podmiotom i organom uprawnionym do otrzymania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa, m.in. obsługującym systemy teleinformatyczne lub udostępniającym narzędzia teleinformatyczne, dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom wykonującym na rzecz Towarzystwa czynności ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 73 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, podmiotom świadczącym Towarzystwu usługi doradcze, konsultacyjne oraz pomoc prawną, których udział w rozpatrywanej przez Towarzystwo sprawie będzie konieczny i prawnie uzasadniony.
6. **Prawa osób, których dane osobowe dotyczą**
   1) Może Pani/Pan w każdej chwili cofnąć wyrażoną zgodę bez podawania przyczyny, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
   2) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
   3) W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
   4) Ma Pani/Pan prawo do otrzymania od Towarzystwa Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które zostały przez Panią/Pana dostarczone Towarzystwu w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do żądania, by powyższe dane zostały przesłane przez Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe.
   5) Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.
7. **Organ nadzoru**. Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

……, ……

(miejscowość i data)

Nazwisko Pracownika	
Imię Pracownika	
Pesel Pracownika	

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
(nazwa i adres pracodawcy)

OŚWIADCZENIE

pracownika wyrażające zgodę na potrącanie składek na grupowe ubezpieczenie

1. Upoważniam ubezpieczającego do potrącania składek za ubezpieczenie na życie, z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich do Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A., począwszy od maja 2022 r., aż do rozwiązania umowy ubezpieczenia (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby pozostającej w stosunku prawnym z ubezpieczającym).

2. Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego *(proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko albo partner życiowy)*:

   ☐ Małżonka ☐ dziecka ☐ partnera życiowego

3. Składki w wysokości łącznie . . . . . .
   (słownie: . . . . . .) miesięcznie
   powinny być przekazywane na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.

. . . . . .
(podpis pracownika)