

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA do umowy ubezpieczenia grupowego na życie i umów dodatkowych

UBEZPIECZAJĄCY: STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH, ul. Borowska 246b/2, 50-558 Wrocław, 717854657

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM

imię i nazwisko: _____ nr pesel: _____

seria i nr dowodu osobistego: _____ data urodzenia: _____ miejsce urodzenia: _____

adres zameldowania (ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod): _____

adres do korespondencji (ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod): _____

telefon: _____ tel. kom. _____ e-mail: _____

Zawód wykonywany: _____

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej*

od **01 - -** *Objęcie ochroną ubezpieczeniową nastąpi po potwierdzeniu zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z wymaganiami Towarzystwa.
(dd -mm -rrrr)

ZAKRES I SUMY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie składa się z Pakietu Podstawowego (2 warianty do wyboru) oraz Pakietu Dodatkowego (3 warianty do wyboru) – zgodnie z poniższą deklaracją osoby wnioskującej o ubezpieczenie*:

*prosimy zaznaczyć „x” przy wybranym Wariantcie (przy czym możliwe jest wybranie tylko jednego wariantu Pakietu Podstawowego oraz tylko jednego wariantu Pakietu Dodatkowego)

PAKIET PODSTAWOWY		<input type="checkbox"/> WARIANT 1	<input type="checkbox"/> WARIANT 2
	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
	Na życie	20.000 zł	50.000 zł
	Śmierć na skutek NW (w tym świadczenie Na życie)	220.000 zł	250.000 zł
	Śmierć na skutek NW komunikacyjnego (w tym świadczenie Na życie + NW)	400.000 zł	450.000 zł
	Śmierć na skutek NW w pracy (w tym świadczenie Na życie + NW)	400.000 zł	450.000 zł
	Śmierć na skutek NW komunikacyjnego w pracy (suma świadczeń Na życie, NW, NW w pracy i NW komunikacyjne)	580.000 zł	650.000 zł
	Składka	39,10 zł	54,75 zł

PAKIET DODATKOWY		<input type="checkbox"/> WARIANT 1	<input type="checkbox"/> WARIANT 2	<input type="checkbox"/> WARIANT 3
	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
	Na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa lub uszczerbku na zdrowiu na skutek NW	100.000 zł	150.000 zł	200.000 zł
	Na wypadek groźnej choroby	5.000 zł	10.000 zł	25.000 zł
	Na wypadek pobytu w szpitalu na skutek NW	150 zł / dzień	200 zł / dzień	300 zł / dzień
	Na wypadek pobytu w szpitalu na skutek choroby	-----	100 zł / dzień	150 zł / dzień
	Telediagnoza	Konsultacja medyczna		
	Pakiet Renta	Świadczenie miesięczne 1.000 zł wypłacane przez 10 lat	Świadczenie jednorazowe: 50.000 zł; świadczenie miesięczne 500 zł wypłacane przez 10 lat	Świadczenie jednorazowe: 150.000 zł; świadczenie miesięczne 1.500 zł wypłacane przez 10 lat
	Składka	39,51 zł	60,57 zł	109,67 zł

Dodatkowo wnioskuję o objęcie ubezpieczeniem wskazanych niżej osób w zakresie umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza*.

* Uprawnionym do ubezpieczenia jest:

- a) **małżonek Ubezpieczonego** w wieku od ukończenia 18 roku życia, a przed ukończeniem 60 roku życia,
- b) **dzieci Ubezpieczonego** w wieku od ukończenia 6 miesiąca życia, a przed ukończeniem 18 roku życia.

	NAZWISKO	IMIĘ	NR PESEL
Małżonek			
Dziecko 1			
Dziecko 2			
Dziecko 3			

imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WSKAZANIE UPOSAŻONYCH
Uposażeni (osoby uprawnione do świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego):

	imię i nazwisko	DATA URODZENIA	PESEL	Adres zamieszkania	stopień pokrewieństwa	udział w świadczeniu(%)
1						
2						
3						

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO - CZ. 1

Pytanie	Tak/Nie*	Szczegółowe informacje
1. Czy w dniu podpisania niniejszego dokumentu jest Pan(i) trwale lub czasowo niezdolny(a) do pracy?		
2. Czy w dniu podpisania niniejszego dokumentu przebywa Pan(i) na zwolnieniu lekarskim lub podlega hospitalizacji?		
3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał Pan(i) na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni lub był(a) hospitalizowany(a)?		
4. Czy stan Pana(i) zdrowia wymaga regularnego leczenia lub nadzoru lekarskiego z wyłączeniem profilaktyki medycznej?		

***- w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej proszę o dodatkowe informacje w rubryce „Szczegółowe informacje”**

W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z powyższych pytań wymagane jest potwierdzenie zdolności ubezpieczeniowej na podstawie oświadczenia o stanie zdrowia. W przypadku nie potwierdzenia zdolności ubezpieczeniowej Towarzystwo ma prawo nie wyrazić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podpisania przeze mnie niezgodnego z prawdą oświadczenia Towarzystwo w ciągu trzech lat od dnia złożenia takiego oświadczenia nie ponosi odpowiedzialności za skutki zatajonych lub podanych niezgodnie z prawdą okoliczności, o które zapytuje powyżej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez MetLife TUNZiR S.A. z siedzibą w Warszawie danych dotyczących mojego stanu zdrowia w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO – CZ. 2

- Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji i w informacji o stanie zdrowia są pełne i zgodne ze stanem faktycznym.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji przystąpienia otrzymałem/am Informację o Przetwarzaniu danych osobowych, Szczególne Warunki Ubezpieczenia, Warunki Ubezpieczenia Assistancje oraz zostałem/am poinformowany/a o konieczności zapoznania się z ich treścią. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ubezpieczeniem na warunkach określonych w ww. dokumentach, jak również na wysokość sum ubezpieczenia.
- Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo zmiany uposażonego. Jeżeli zgon uposażonego nastąpi za mojego życia i o ile nie wskażę innych uposażonych, to prawo do świadczenia w przypadku mojej śmierci przejdzie na moich spadkobierców.
- Niniejszym upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia MetLife TUNZiR S.A. i jego reasekuratorom, informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z Umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie MetLife TUNZiR S.A. i jego reasekuratorom dotyczącej mnie dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci, w tym informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż MetLife TUNZiR S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia MetLife TUNZiR S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z Umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.
- Ponadto upoważniam MetLife TUNZiR S.A. do wysyłania korespondencji adresowanej do mnie na adres Ubezpieczającego. Jednocześnie upoważniam Ubezpieczającego do odbioru w moim imieniu wyżej wymienionej korespondencji.
- Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia MetLife TUNZiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności MetLife TUNZiR S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.
- Niniejszym przyjmuję do wiadomości, że:
 - W ramach objęcia mnie ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia zawartej przez Stowarzyszenie Ubezpieczonych (Ubezpieczającego) z MetLife TUNZiR S.A. (Ubezpieczycielem) będę dodatkowo objęty ochroną zgodnie z Warunkami „Świadczenia Assistancje”, w ramach Umowy Ramowej Ubezpieczenia w której Ubezpieczycielem jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, a Ubezpieczającym – MetLife TUNZiR S.A.
 - MetLife TUNZiR S.A. przetwarzać będzie moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści, w szczególności w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową) oraz, że mam prawo dostępu do ich treści oraz do ich poprawiania.
 - Inter Partner Assistance S.A Oddział w Polsce jako ubezpieczyciel a MetLife TUNZiR S.A. jako ubezpieczający przetwarzać będą moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści, w szczególności w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową). Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo dostępu do treści danych oraz do ich poprawiania.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na świadczenie usług za pomocą środków komunikacji elektronicznej przez Towarzystwo przy użyciu telefonu i poczty elektronicznej na zasadach określonych w Regulaminie świadczenia usług Telefonicznego Systemu Informacyjnego oraz Portalu internetowego e-klient przez MetLife TUNZiR S.A. za pośrednictwem telefonu i systemu IVR oraz przy użyciu Internetu:
 - informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w ramach której zostałem objęty ochroną TAK NIE
- Wyrażam zgodę na automatyczne kontynuowanie umowy w kolejnych okresach ochrony ubezpieczeniowej.
- Zgadzam się na finansowanie składki ubezpieczeniowej za wybrane przeze mnie Pakiety ubezpieczenia oraz za każdą ze zgłoszonych do ubezpieczenia Telediagnoza osób w wysokości określonej w Umowie Ubezpieczenia. Należną składkę zobowiązuję się przekazywać jednorazowo, nie później niż do 20 dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony, na wskazany indywidualny rachunek bankowy Ubezpieczającego.

***- niepotrzebne skreślić

..... Miejscowość Data własnoręczny podpis osoby wnoszącej o ubezpieczenie
..... Miejscowość Data własnoręczny podpis małżonka osoby wnoszącej o ubezpieczenie (jeśli został zgłoszony do ubezpieczenia Telediagnoza)
UBEZPIECZAJĄCY: Niniejszym potwierdzam, iż osoba spełnia definicję osoby uprawnionej do ubezpieczenia zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia.		
..... Miejscowość Data Pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego

Kto jest administratorem danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna (w skrócie MetLife TUnŻiR) z siedzibą przy ul. Przemysłowej 26, 00-450 Warszawa.

W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

Na podstawie przepisów prawa możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W zakresie szczególnych danych osobowych (tj. dotyczących stanu zdrowia) podstawą do ich przetwarzania jest ponadto udzielona zgoda,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia,
- przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu i przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie uzasadnionego interesu administratora możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu tradycyjnego, czyli proponowania listownie umów ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- podejmowania działań, których celem jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym,
- reasekuracji ryzyka, czyli przekazania części ryzyka z umowy ubezpieczenia innym uprawnionym do tego podmiotom.

Na podstawie udzielonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu bezpośredniego za pomocą telefonu lub adresu e-mail, w tym proponowania dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy i po jej zakończeniu. Możemy to robić w sposób zautomatyzowany lub poprzez profilowanie danych,
- udostępnienia danych innym podmiotom z naszej grupy kapitałowej w celu proponowania przez nie usług,
- świadczenia drogą elektroniczną usług powiązanych z zawartą umową ubezpieczenia na zasadach określonych odrębnymi regulaminami.

Czy podanie danych osobowych jest konieczne?

Podanie nam danych jest:

- dobrowolne, ale niezbędne, w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz wykonania przez nas obowiązków prawnych,
- dobrowolne, gdy dane mają być przetwarzane lub udostępnione w celu marketingowym.

W jakim czasie będziemy przetwarzać dane osobowe?

Dane osobowe będziemy przetwarzać w czasie:

- zgodnym z przepisami prawa,
- obowiązywania zgody klienta, do momentu jej wycofania,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy,
- w którym możliwe jest dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

Komu możemy przekazać dane osobowe?

Możemy przekazać dane osobowe:

- podmiotom upoważnionym przez prawo, w tym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.,
- podmiotom zewnętrznym, które świadczą dla nas usługi do wykonania umowy,
- podmiotom zewnętrznym na podstawie udzielonej zgody,
- innym podmiotom poza granicami Unii Europejskiej, tj. w Stanach Zjednoczonych oraz Indiach (na podstawie umów, jakie mamy z nimi zawarte). Te spółki stosują odpowiednie zabezpieczenia ochrony danych osobowych. Dane przekazujemy zgodnie z treścią Standardowych Klauzul Umownych, które zatwierdziła Komisja Europejska, lub na innej prawnie dopuszczalnej podstawie.

Jakie są prawa osoby, która przekazała nam dane?

Osoba, która przekazała nam dane, ma prawo do:

- dostępu do nich,
- ich poprawiania,
- przenoszenia danych,
- wycofania zgody na przetwarzanie,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia swoich danych,
- wyrażenia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych w celu marketingowym.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie przez nas danych osobowych, zanim ta zgoda została wycofana.

Osoba, która udostępniła nam swoje dane, ma prawo zgłosić skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Pytania związane z przetwarzaniem przez nas danych osobowych prosimy kierować do naszego Inspektora Danych Osobowych na adres e-mail: ido@metlife.pl.

Zespół MetLife