

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA PRACOWNIKA OŚWIATY I CZŁONKÓW JEGO RODZINY (UBEZPIECZONY) DO PROGRAMU BEZPIECZNA RODZINA (BR) – OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA OŚWIATY

Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia Dom Max w ramach programu Bezpieczna Rodzina (BR) zawartego przez NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8 jako Ubezpieczającym, z InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy ul. Noakowskiego 22 (zwane dalej InterRisk).

Jednocześnie oświadczam, iż przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i opłacaniem składki ubezpieczeniowej otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dom Max zatwierdzone uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 23.01.2018 r. (zwane dalej OWU) oraz postanowienia dodatkowe i odmiennie od niniejszych OWU, informację o której mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informację dotyczącą możliwości i procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów i je akceptuję.

Oświadczam, że otrzymałem/am ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym i jestem świadomy/a, że dokument ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Dystrybutor ubezpieczeń – Nauczycielska Agencja Ubezpieczeniowa S.A. z siedzibą w Warszawie (dalej: NAU) przeprowadziła analizę potrzeb ubezpieczającego w zakresie ubezpieczeń mienia, na tej podstawie opracowano ubezpieczenie, do którego Pan/Pani może przystąpić. To ubezpieczenie obejmuje następujące potrzeby ubezpieczonych:

- a. ubezpieczenie mienia, w tym domu mieszkalnego, lokalu mieszkalnego oraz zgodnie z OWU budynków gospodarczych, budowli,
 - b. ubezpieczenie stałych elementów domu lub lokalu mieszkalnego oraz
 - c. mienia ruchomego objętego ochroną ubezpieczeniową od wszelkich nagłych i nieprzewidzianych zdarzeń powstałych niezależnie od woli ubezpieczającego lub ubezpieczonego, za wyjątkiem wypadków wyłączonych w OWU.
- Przeprowadzana analiza potrzeb nie uwzględnia innych ryzyk i potrzeb, poza tymi, wskazanymi powyżej. Jeżeli zatem Państwa wymagania lub potrzeby wykraczają poza wskazany zakres, prosimy o bezpośredni kontakt z NAU – dane kontaktowe bok@nau.pl tel. 22 696 72 70, celem przygotowania dodatkowej oferty ubezpieczeniowej. W innym przypadku, podpisując tę deklarację jednocześnie oświadczam Pan/Pani, że proponowane ubezpieczenie jest zgodne z Pana/Pani potrzebami w zakresie wskazanym powyżej.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Umowę grupowego ubezpieczenia Dom Max w ramach programu Bezpieczna Rodzina (BR) wobec Ubezpieczonego zawiera się na okres 12 miesięcy.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia Dom Max w ramach programu Bezpieczna Rodzina (BR) w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony został zgłoszony do InterRisk w formie listy osób przystępujących, na podstawie złożonej Ubezpieczającemu deklaracji przystąpienia.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny 12 miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia.

Oświadczam, że przystępuję do umowy ubezpieczenia Dom Max (DM BR) w wariantcie ze składką miesięczną:

Wariant Mini (SU 100 000 zł)

- 12,00 zł
- 13,20 zł (z rozszerzeniem o działalność biurową)

Wariant Standard (SU 300 000 zł)

- 27,50 zł
- 30,25 zł (z rozszerzeniem o działalność biurową)

Wariant Lux (SU 500 000 zł)

- 48,50 zł
- 50,90 zł (z rozszerzeniem o działalność biurową)

Dane Pracownika Oświaty przystępującego do Programu Bezpieczna Rodzina (BR):

imię i nazwisko

adres ubezpieczanej nieruchomości

dane banku w przypadku cesji

PESEL

adres e-mail

telefon

OBOWIĄZKOWE ZGODY TOWARZYSTWA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Wyrażam zgodę, iż moje dane osobowe oraz dane osobowe wskazanych przeze mnie członków rodziny mogą być przekazywane do InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu zawarcia i wykonywania grupowej umowy ubezpieczenia Dom Max w ramach programu „Bezpieczna Rodzina”.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych o stanie zdrowia w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania Klientów przed zawarciem umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych innych niż dotyczące stanu zdrowia, w celu profilowania i podejmowania wobec mnie decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej w sposób zautomatyzowany, w oparciu o profilowanie.
4. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.
5. Wyrażam zgodę na udostępnianie – na żądanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group – moich danych osobowych przetwa-

rzanych przez inne zakłady ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

6. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielają mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
7. Wyrażam zgodę na otrzymywanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group wobec mnie decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu moich danych osobowych w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz w celu przedstawienia mi odpowiedniej oferty.
8. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych tzw. automatycznych systemów wywołujących; wskazuję jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (podany przeze mnie adres e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) oraz połączenia głosowe na podany numer telefonu (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przeprowadzić Pani/Pana analizę potrzeb oraz przedstawić odpowiednie propozycje umów ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, 00-379 Warszawa, w celu określenia moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej i przedstawienia mi propozycji umów ubezpieczenia.

- TAK
- NIE

Dzięki tej zgodzie podmioty z grupy kapitałowej NAU będą mogły przedstawić Pani/Panu ofertę własnych usług.

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy kapitałowej NAU, tj. NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, w celach marketingowych oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez te podmioty w powyższych celach oraz w celu przedstawienia mi odpowiedniej oferty.

- TAK
- NIE

Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przedstawić Pani/Panu ofertę za pomocą wiadomości elektronicznej lub połączenia głosowego.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, 00-379 Warszawa a także w przypadku wyrażenia zgody z pkt 2 – również innych podmiotów z grupy kapitałowej NAU, tj. NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, informacji handlowo – marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS) | <input type="checkbox"/> TAK
<input type="checkbox"/> NIE | połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) | <input type="checkbox"/> TAK
<input type="checkbox"/> NIE |
|--|--|---|--|

data i czytelny podpis pracownika

OŚWIADCZENIA CZŁONKÓW RODZINY PRACOWNIKA OŚWIATY

Jednocześnie oświadczam, że oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia oraz w/w zgody na przetwarzanie danych osobowych, składam także w imieniu członków mojej rodziny wskazanych w tabeli poniżej i potwierdzam, że zostałam/em przez te osoby upoważniona/y do złożenia takich oświadczeń.

Imię i nazwisko	Adres ubezpieczanej nieruchomości	Dane banku w przypadku cesji	Status	PESEL	Składka miesięczna		
					Wariant Mini	Wariant Standard	Wariant Lux
			<input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> partner		<input type="checkbox"/> 12,00 zł <input type="checkbox"/> 13,20 zł*	<input type="checkbox"/> 27,50 zł <input type="checkbox"/> 30,25 zł*	<input type="checkbox"/> 48,50 zł <input type="checkbox"/> 50,90 zł*
			<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 zł <input type="checkbox"/> 13,20 zł*	<input type="checkbox"/> 27,50 zł <input type="checkbox"/> 30,25 zł*	<input type="checkbox"/> 48,50 zł <input type="checkbox"/> 50,90 zł*
			<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 zł <input type="checkbox"/> 13,20 zł*	<input type="checkbox"/> 27,50 zł <input type="checkbox"/> 30,25 zł*	<input type="checkbox"/> 48,50 zł <input type="checkbox"/> 50,90 zł*
			<input type="checkbox"/> zięć/synowa pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 zł <input type="checkbox"/> 13,20 zł*	<input type="checkbox"/> 27,50 zł <input type="checkbox"/> 30,25 zł*	<input type="checkbox"/> 48,50 zł <input type="checkbox"/> 50,90 zł*
			<input type="checkbox"/> wnuk pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 zł <input type="checkbox"/> 13,20 zł*	<input type="checkbox"/> 27,50 zł <input type="checkbox"/> 30,25 zł*	<input type="checkbox"/> 48,50 zł <input type="checkbox"/> 50,90 zł*
			<input type="checkbox"/> rodzic pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 zł <input type="checkbox"/> 13,20 zł*	<input type="checkbox"/> 27,50 zł <input type="checkbox"/> 30,25 zł*	<input type="checkbox"/> 48,50 zł <input type="checkbox"/> 50,90 zł*
			<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka/partnera		<input type="checkbox"/> 12,00 zł <input type="checkbox"/> 13,20 zł*	<input type="checkbox"/> 27,50 zł <input type="checkbox"/> 30,25 zł*	<input type="checkbox"/> 48,50 zł <input type="checkbox"/> 50,90 zł*

data i czytelny podpis pracownika