

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA UBEZPIECZONEGO – PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ I CZŁONKÓW JEJ RODZINY DO PROGRAMU BEZPIECZNA RODZINA (BR)

Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia 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, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i finansowaniem kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałem/am i zapoznałem/am się ze Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia Bezpieczna Rodzina zatwierdzonymi uchwałą nr 03/15/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15.09.2020 r. (zwane dalej SWU), informacją, o której mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości oraz procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów oraz informację, że Ubezpieczający nie otrzymuje od Ubezpieczyciela wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego w ramach Programu Bezpieczna Rodzina 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 Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.

**Dystrybutor ubezpieczeń – Nauczycielska Agencja Ubezpieczeniowa S.A. z siedzibą w Warszawie (dalej: NAU)** – przeprowadziła analizę potrzeb Ubezpieczającego w zakresie ubezpieczeń NNW i na tej podstawie opracowano ubezpieczenie, do którego Pan/Pani może przystąpić. To ubezpieczenie obejmuje następujące potrzeby ubezpieczonych:

- a) ochrona przed następstwami nieszczęśliwych wypadków oraz następstw zawału serca i udaru mózgu,
- b) zwrot kosztów leczenia i zakupu wyrobów medycznych na zasadach określonych w SWU.

Przeprowadzana analiza potrzeb nie uwzględnia innych ryzyk i potrzeb, poza wskazanymi powyżej. Jeżeli zatem Państwa wymagania lub potrzeby wykraczają poza wskazany zakres, prosimy o bezpośredni kontakt z NAU – mailowo [bok@nau.pl](mailto:bok@nau.pl) lub telefonicznie 22 696 72 70 – celem przygotowania dodatkowej oferty ubezpieczeniowej. W innym przypadku, podpisując tę deklarację jednocześnie oświadcza Pan/Pani, że proponowane ubezpieczenie jest zgodne z Pana/Pani potrzebami w zakresie wskazanym powyżej.

Oświadczam, że otrzymałem/am klauzule informacyjne o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z RODO (Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych) w NAU Profit Sp. z o.o. i NAU S.A.

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

1. Umowę grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) wobec Ubezpieczonego zawiera się na okres 12 miesięcy.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia 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 niniejszej deklaracji przystąpienia złożonej Ubezpieczającemu.
3. Umowa grupowego ubezpieczenia wobec Ubezpieczonego może zostać przedłużona na kolejne 12-miesięczne okresy ubezpieczenia na warunkach dotychczas obowiązujących i tożsamy w dniu jej przedłużenia. W takim przypadku odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia zatwierdzonych uchwałą nr 03/15/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15.09.2020 (zwane dalej SWU), w stosunku do Ubezpieczonego, rozpoczyna się od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony został ponownie zgłoszony do InterRisk w formie listy osób przystępujących, zgodnie z warunkami obowiązującymi w dniu przedłużenia umowy, bez konieczności dalszego składania deklaracji przystąpienia Ubezpieczającemu.

**Oświadczam, że przystępuję do umowy ubezpieczenia w wariantcie I ze składką miesięczną:**

**12,00 zł** (144,00 zł za 12 miesięcy)

**15,50 zł** (186,00 zł za 12 miesięcy) z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu

**Dane Pracownika przystępującego do PROGRAMU BEZPIECZNA RODZINA (BR):**

imię  nazwisko  PESEL   
 adres zamieszkania   
 telefon  adres e-mail

**KLAUZULA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (00-668), ul. Noakowskiego 22. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do danych; żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych; wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych; przenoszenia danych osobowych. Szczegóły: <https://www.interrisk.pl/newsroom/obowiazek-informacyjny-administratora-danych-osobowych/>

**ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

- TAK **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.
- NIE
- TAK **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, SWU oraz informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej w ramach programu Bezpieczna Rodzina, a także informacji handlowo – marketingowych, z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:
- NIE

**Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przedstawić Pani/Panu ofertę, a także przekazywać informacje o posiadanym ubezpieczeniu 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, SWU oraz informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej w ramach programu Bezpieczna Rodzina, a także informacji handlowo – marketingowych, z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS)

TAK  NIE

połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

TAK  NIE

data i czytelny podpis pracownika

## OŚWIADCZENIA CZŁONKÓW RODZINY PRACOWNIKA

Jednocześnie oświadczam, że posiadam stosowne pełnomocnictwa od członków mojej rodziny wskazanych w poniższej tabeli, do składania w ich imieniu oświadczeń i zgód – z wyłączeniem zgód i oświadczeń z zakresu przetwarzania danych osobowych – związanych z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina, na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Bezpieczna Rodzina zatwierdzonych uchwałą nr 03/15/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15.09.2020 r., zawartego przez Ubezpieczającego – NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, z Ubezpieczycielem – InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group.

data i czytelny podpis pracownika

### Tym samym oświadczam, że:

- Przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, otrzymałem/am i zapoznałem/am się ze Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia Bezpieczna Rodzina zatwierdzonymi uchwałą nr 03/15/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15.09.2020 r. (zwane dalej „SWU”), informacją, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości oraz procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów oraz informacją, że Ubezpieczający nie otrzymuje od Ubezpieczyciela wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego w ramach Programu Bezpieczna Rodzina i je akceptuję.
- Otrzymałem/am ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Jestem świadomy/a, że dokument ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w SWU.

data i czytelny podpis pracownika

Imię i nazwisko Ubezpieczonego	Status	PESEL	Składka miesięczna	
			wariant I	
	<input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> partner		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> zięć <input type="checkbox"/> synowa pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> zięć <input type="checkbox"/> synowa pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> wnuk pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> wnuk pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
	<input type="checkbox"/> wnuk pracownika		<input type="checkbox"/> 12,00 PLN	<input type="checkbox"/> 15,50 PLN
			wariant II	wariant III
	<input type="checkbox"/> rodzic pracownika		<input type="checkbox"/> 30,00 PLN	<input type="checkbox"/> 12,00 PLN
	<input type="checkbox"/> rodzic pracownika		<input type="checkbox"/> 30,00 PLN	<input type="checkbox"/> 12,00 PLN
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka <input type="checkbox"/> partnera		<input type="checkbox"/> 30,00 PLN	<input type="checkbox"/> 12,00 PLN
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka <input type="checkbox"/> partnera		<input type="checkbox"/> 30,00 PLN	<input type="checkbox"/> 12,00 PLN