

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

Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia Edu Plus 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 opłaceniem składki ubezpieczeniowej otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia EDU Plus zatwierdzone uchwałą nr 01/27/03/2018 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27.03.2018 r. (zwane dalej OWU) oraz postanowienia dodatkowe i odmienne 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 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 Ubezpieczonego 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) zwrotu kosztów leczenia i zakupu wyrobów medycznych na zasadach określonych w OWU.

Przeprowadzana analiza potrzeb nie uwzględnia innych ryzyk i potrzeb, poza tymi, wskazanymi powyżej. Jeżeli zatem Państwo wymagania lub potrzeby wykraczają poza wskazany zakres, prosimy o bezpośredni kontakt z NAU – dane kontaktowe bok@nau.pl lub 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 otrzymałem/am klauzule informacyjne o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z RODO (Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych) w NAU Profit Sp. z o.o., NAU S.A. oraz InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group.

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

- Umowę grupowego ubezpieczenia Edu Plus w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) wobec Ubezpieczonego zawiera się na okres 12 miesięcy.
- Odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia Edu Plus w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym w którym Ubezpieczony został zgłoszony do InterRisk w formie listy osób przystępujących, na podstawie złożonej Ubezpieczającemu deklaracji przystąpienia.
- Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na kolejne 12-miesięczne okresy ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużania.

Oświadczam, że przystępuję do umowy ubezpieczenia ze składką miesięczną:

30,00 PLN Wariant II

12,00 PLN Wariant III

Dane Głównego Ubezpieczonego przystępującego do Programu Bezpieczna Rodzina (BR):

imię i nazwisko

PESEL

adres zamieszkania

adres e-mail

telefon kontaktowy

OBOWIĄZKOWE ZGODY TOWARZYSTWA UBEZPIECZENIOWEGO

- Wyrażam zgodę, iż moje dane osobowe oraz dane osobowe wskazanych przez mnie członków rodziny mogą być przekazywane do InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu zawarcia i wykonywania grupowej umowy ubezpieczenia Edu Plus w ramach Programu „Bezpieczna Rodzina”.
- 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.
- 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.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie – na żądanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group – moich danych osobowych przetwarzanych 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.
- Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od Narodowego Funduszu Zdrowia o informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udziela 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.

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 elektronicznej TAK

(e-mail, SMS/MMS) NIE

połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) TAK

NIE

data i czytelny podpis Głównego Ubezpieczonego

OŚWIADCZENIA CZŁONKÓW RODZINY EMERYTOWANEGO 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 | status | PESEL | składka miesięczna | |
|-----------------|--|-------|------------------------------------|------------------------------------|
| | | | Wariant II | Wariant III |
| | <input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> partner | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> dziecko pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> dziecko pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> dziecko pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> dziecko pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> dziecko pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> zięć/synowa pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> zięć/synowa pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> wnuk pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> wnuk pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |
| | <input type="checkbox"/> wnuk pracownika | | <input type="checkbox"/> 30,00 PLN | <input type="checkbox"/> 12,00 PLN |

data i czytelny podpis Głównego Ubezpieczonego