

## 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 dodatkowo 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 Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego zawiera się na okres 12 miesięcy.
- Odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia Edu Plus w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) w stosunku do Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego 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 elektroniczne  TAK

(e-mail, SMS/MMS)  NIE

połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)  TAK

NIE

data i czytelny podpis Głównego Ubezpiezonego

### 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"/> 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/ partnera		<input type="checkbox"/> 30,00 PLN	<input type="checkbox"/> 12,00 PLN
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka/ partnera		<input type="checkbox"/> 30,00 PLN	<input type="checkbox"/> 12,00 PLN

data i czytelny podpis Głównego Ubezpieczonego