

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA PAKIET SZPITAL

PROSIMY O WPISYWANIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

Wyrażam zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia Pakiet SZPITAL ze składką miesięczną **w wysokości 12 zł**, zawartego na rzecz zatrudnionych w:

Nazwa podmiotu, którego zatrudnieni uprawnieni są do przystąpienia do ubezpieczenia

przez NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8 jako Ubezpieczającego z Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy ul. Wołoskiej 22A (zwane dalej Wiener).

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZANEJ

<input type="checkbox"/> Małżonek	Data zawarcia związku małżeńskiego	D	D	M	M	R	R	R	R	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Pełnoletnie dziecko
Nazwisko					Imię						
Data urodzenia	D	D	M	M	R	R	R	R	PESEL / Seria i nr paszportu albo karty pobytu*		

ADRES DO KORESPONDENCJI

Ulica		Nr domu	Nr mieszkania	Kod pocztowy
Miejscowość		Telefon		
E-mail				

DANE PRACOWNIKA ZGŁASZAJĄCEGO CIĘ DO UBEZPIECZENIA

Imię	Nazwisko	PESEL
------	----------	-------

* dotyczy cudzoziemca

BADANIE POTRZEB OSOBY UBEZPIECZANEJ

Czy chcesz zapewnić sobie świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wraz z usługami organizacji leczenia po pobycie w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem?

TAK NIE

OŚWIADCZENIA OSOBY UBEZPIECZANEJ

- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Pakiet SZPITAL zatwierdzonymi uchwałą Zarządu Wiener TU S.A. nr 137/21 z dnia 26.10.2021 r. (zwane dalej OWU), jak również na ustaloną wysokość świadczeń.
- Oświadczam, iż przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową przeprowadzono badanie moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Warunki ubezpieczenia odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom związanym z ochroną zdrowia.
- Oświadczam, iż przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową otrzymałam/em i zapoznałam/em się z OWU, informacją o której mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości i procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów oraz informację, iż 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 w ramach Ubezpieczenia Pakiet SZPITAL i je akceptuję. Jednocześnie oświadczam, że otrzymałam/em ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym i jestem świadoma/y, że dokument ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w OWU.

4. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej deklaracji

PRZEBYWAM NIE PRZEBYWAM

na zwolnieniu lekarskim lub w szpitalu lub w hospicjum lub w domu pomocy społecznej lub w sanatorium.

Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej deklaracji

JESTEM NIE JESTEM

uznana/y za niezdolną/niezdolnego do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

5. Oświadczam, że:

- a) w okresie ostatnich 5 lat, licząc od dnia wypełniania niniejszej deklaracji, rozpoznano u mnie i byłam/em diagnozowana/y lub leczona/y i przebywałam/em pod stałą opieką lekarską z powodu następujących schorzeń: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, wady serca, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatii, miażdżycy naczyń, tętniaka, cukrzycy (z wyjątkiem podwyższonego poziomu glukozy we krwi w okresie ciąży), nowotworu złośliwego, choroby krwi (niedokrwistości aplastycznej, białaczki, chłoniaka, szpiczaka, zespołu mielodysplastycznego, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej, talasemii, hemofilii lub trombofilii), nowotworu łagodnego mózgu lub rdzenia kręgowego, udaru mózgu, porażenia (paraliżu), przewlekłej niewydolności oddechowej, niewydolności nerek, marskości wątroby, choroby alkoholowej (zespołu zależności alkoholowej) lub uzależnienia od narkotyków, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, choroby Alzheimerera, AIDS, zakażenia wirusem HIV oraz nie wykonano u mnie przeszczepu narządu, lub
- b) zamierzam zasięgnąć porady lekarskiej i oczekuję na wyniki lub wykonanie badań diagnostycznych i zamierzam poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu z powodu wymienionych powyżej chorób, które rozpoznano u mnie lub w kierunku których jestem lub byłam/em diagnozowana/y lub leczona/y.

TAK NIE

6. Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Wiener – na wniosek lekarza upoważnionego przez Wiener – od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielały świadczeń zdrowotnych na moją rzecz informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
7. Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Wiener (na jego wniosek) od Narodowego Funduszu Zdrowia danych (nazw i adresów) świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, w związku z weryfikacją danych dotyczących stanu zdrowia dla celów ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
8. Oświadczam, że otrzymałam/em i zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NAU Profit Sp. z o.o. i NAU S.A.

ZGODY OSOBY UBEZPIECZANEJ

1. W razie złożenia reklamacji do Wiener wnoszę o dostarczenie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną.

TAK NIE

Dzięki poniższej zgodzie będziemy mogli szybko i skutecznie komunikować się z Panią/Panem w sprawach związanych z Pani/Pana ubezpieczeniem.

2. Wyrażam zgodę na przesyłanie na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej informacji związanych z ubezpieczeniem, do którego przystępuję.

TAK NIE

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

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. podanych przeze mnie danych osobowych:

1) w celu określenia moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej i przedstawienia mi propozycji umów ubezpieczenia

TAK NIE

2) w celach marketingowych

TAK NIE

4. Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych NAU Profit Sp. z o.o. oraz NAU Dystrybucja Sp. z o.o. w celach marketingowych oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez te podmioty w powyższych celach oraz w celu przedstawienia mi odpowiedniej oferty.

TAK NIE

5. W przypadku wyrażenia zgody w pkt. 3 lub w pkt. 4 wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowo-marketingowych poprzez:

1) wiadomości elektroniczne (e-mail/sms)

TAK NIE

2) połączenie głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

TAK NIE

data i czytelny podpis osoby ubezpieczanej

OŚWIADCZENIE DYSTRYBUTORA UBEZPIECZEŃ

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

- a) ochrona przed następstwami chorób, w tym zawału serca i udaru mózgu, oraz nieszczęśliwych wypadków, powodujących konieczność pobytu w szpitalu,
- b) dostęp do usług organizacji lub pokrycia kosztów pomocy medycznej i świadczeń opiekuńczych po pobycie w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.

Przeprowadzana analiza potrzeb nie uwzględnia innych ryzyk i potrzeb, poza tymi wskazanymi powyżej. Jeżeli zatem Pani/Pana 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 Pani/Pan, że proponowane ubezpieczenie jest zgodne z Pani/Pana potrzebami w zakresie wskazanym powyżej.

KLAUZULA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-675) przy ul. Wołoskiej 22A.

Z administratorem może się Pani/Pan kontaktować pisemnie pod adresem siedziby administratora oraz poprzez formularz kontaktowy pod adresem www.wiener.pl. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Danych Osobowych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Z Inspektorem Ochrony Danych może się Pani/Pan kontaktować za pośrednictwem adresu e-mail: iod@wiener.pl.

Pani/Pana **dane** (oraz dane Ubezpieczonego – w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) **mogą być przetwarzane:**

1. w celu przedstawienia oferty, a w razie zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia PE i R (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (dalej zwane RODO). Ocena ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy wykonywana jest w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów na podstawie art. 22 ust. 2 lit. a RODO, jako czynność niezbędna do zawarcia umowy;
2. w celu marketingu bezpośredniego usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług;
3. ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń;
4. ewentualnie w celu podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest przeciwdziałanie wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań oraz możliwość przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę administratora;
5. w celu reasekuracji ryzyk – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową;
6. w celu realizacji obowiązków określonych w przepisach dotyczących szczególnych środków restrykcyjnych skierowanych przeciwko niektórym osobom i podmiotom mających na celu zwalczanie terroryzmu – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
7. w celu gromadzenia danych statystycznych w celu ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

Pani/Pana **dane osobowe** (oraz dane Ubezpieczonego – w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) **mogą być udostępnione lub przekazane** podmiotom upoważnionym do pozyskania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa, innym zakładom ubezpieczeń i zakładom reasekuracji, audytorom, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu administratora (na podstawie umowy z administratorem, w zakresie przez niego wskazanym i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora), w tym dostawcom usług informatycznych, podmiotom świadczącym usługi archiwizacyjne, podmiotom przeprowadzającym likwidację szkody, podmiotom świadczącym usługi assistance, firmom windykacyjnym, agencjom marketingowym (w razie wyrażenia przez Panią/Pana zgody na otrzymywanie informacji handlowych) oraz agentom ubezpieczeniowym.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia, np. w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, mogą zostać udostępnione lub przekazane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG), w tym również do państwa niezapewniającego, według Komisji Europejskiej, odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. Administrator danych osobowych zapewnia odpowiednie zabezpieczenie tych danych.

Pani/Pana **dane osobowe** (oraz dane Ubezpieczonego – w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) **będą przechowywane** przez okres niezbędny do sporządzenia i przedstawienia oferty, nie dłużej jednak niż do momentu wygaśnięcia roszczeń o zawarcie umowy ubezpieczenia. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia, dane będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego ze szczególnych przepisów prawa.

Dane przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego będą przechowywane do momentu zgłoszenia, odpowiednio, przez Panią/Pana albo przez Ubezpieczonego (w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) **sprzeciwu** wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu.

Przysługuje Pani/Panu oraz Ubezpieczonemu (w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) prawo dostępu do danych, prawo żądania ich **sprostowania, usunięcia lub ograniczenia** ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, w tym profilowania, przysługuje Pani/Panu oraz Ubezpieczonemu (w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) **prawo wniesienia sprzeciwu** wobec przetwarzania danych osobowych.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane (oraz dane Ubezpieczonego – w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, przysługuje Pani/Panu oraz Ubezpieczonemu także **prawo do przenoszenia danych osobowych**, np. w celu przekazania danych innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu oraz Ubezpieczonemu (w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) również **prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z **Inspektorem Ochrony Danych**. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego (bez podania danych osobowych nie jest możliwe dokonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zawarcie umowy ubezpieczenia). Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka), w zależności od rodzaju umowy ubezpieczenia, na podstawie danych takich jak: przebieg ubezpieczenia (szkodowość), przedmiot ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia oraz liczba ubezpieczonych osób. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, która jest niezbędna do ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Przeprowadzanie tego automatycznego procesu jest niezbędne do wykonania umowy. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).