

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA PRACOWNIKA 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

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						

* 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 standaryzowany 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. 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.
6. 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.
7. 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 przysyłanie 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 przysyłanie informacji handlowo-marketingowych poprzez:

- 1) wiadomości elektroniczne (e-mail/sms)

TAK NIE

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

TAK NIE

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY

Data zatrudnienia pracownika	D	D	M	M	R	R	R	R
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

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 oświadcza Pani/Pan, że proponowane ubezpieczenie jest zgodne z Pana/Pani 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).