

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

Wyrażam zgodę na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej z tytułu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) i zobowiązuje się przekazywać składkę w umówionej wysokości bezpośrednio na rachunek bankowy dystrybutora ubezpieczeń – Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A. z siedzibą w Warszawie (dalej: NAU). Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż wpłata składki na powyższy rachunek bankowy stanowi spełnienie zobowiązania wobec Ubezpieczającego do pokrycia kosztu składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do niniejszego grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) i jest tożsama z uiszczeniem składki przez Ubezpieczającego na rzecz InterRisk.

Jednocześnie oświadczam, iż przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i finansowanie 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, 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 grupowego w ramach Programu Bezpieczna Rodzina 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 Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.

Dystrybutor ubezpieczeń – NAU – przeprowadził analizę wymagań i potrzeb ubezpieczającego w zakresie ochrony ubezpieczeniowej w ramach NNW i na tej podstawie zawarto umowę ubezpieczenia, do której Pan/Pani może przystąpić.

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 Ubezpiezonego zawiera się na okres 12 miesięcy.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) w stosunku do Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego może zostać przedłużona na kolejne 12-miesięczne okresy ubezpieczenia na warunkach dotychczas obowiązujących i tożsamych 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 Bezpieczna Rodzina zatwierdzonych uchwałą nr 03/15/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15.09.2020 r. (zwane dalej SWU), w stosunku do Ubezpiezonego, 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:

Oświadczam, że otrzymałem informację InterRisk TU S.A. zgodną z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” i zobowiązuję się do przekazania jej członkom mojej rodziny.

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 NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa oraz NAU Dystrybucja Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, 00-379 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 przesłać Pani/Panu, za pomocą wiadomości elektronicznej lub połączenia głosowego, i udzielać niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej w ramach programu Bezpieczna Rodzina oraz przedstawiać 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 –NAU Profit Sp. z o.o. oraz NAU Dystrybucja Sp. z o.o., 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 Oświaty lub Administracji Publicznej

OŚWIADCZENIA CZŁONKÓW RODZINY PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ

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 Oświaty lub Administracji Publicznej

Tym samym oświadczam, że:

1. przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, otrzymałem/am i zapoznałem/am się zeSzczególnymi 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, 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 grupowego w ramach Programu Bezpieczna Rodzina i je akceptuję.
2. 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 – oświadczenie w deklaracji.
3. otrzymałem informację InterRisk TU S.A. zgodną z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” i zobowiązuję się do przekazania jej członkom mojej rodziny.

data i czytelny podpis Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej

IMIĘ I NAZWISKO	STATUS	PESEL	WARIANT I	
			bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
	<input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> partner		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> zięć <input type="checkbox"/> synowa pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> zięć <input type="checkbox"/> synowa pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> wnuk pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> wnuk pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
	<input type="checkbox"/> wnuk pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 15,50 zł
			WARIANT II	WARIANT III
	<input type="checkbox"/> rodzic pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 30,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł
	<input type="checkbox"/> rodzic pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 30,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka <input type="checkbox"/> partnera pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 30,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka <input type="checkbox"/> partnera pracownika		<input type="checkbox"/> składka miesięczna 30,00 zł	<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł

data i czytelny podpis Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej