

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA EMERYTOWANEGO PRACOWNIKA OŚWIATY/ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ I CZŁONKÓW JEGO RODZINY (UBEZPIECZONY) DO PROGRAMU BEZPIECZNA RODZINA (BR)

Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia 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).

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/am 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. oraz NAU S.A.

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

1. Umowę grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) wobec Ubezpieczonego zawiera się na okres 12 miesięcy.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) w stosunku do Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego, 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 ze składką miesięczną:

Wariant I

☐ **12 zł** (dedykowany dla emerytowanego pracownika do 70 r.ż.)

☐ **15,50 zł** (dedykowany dla emerytowanego pracownika do 70 r.ż.)

Wariant II

☐ **30 zł** (dedykowany dla emerytowanego pracownika między 70 a 80 r.ż.)

Wariant III

☐ **12 zł** (dedykowany dla emerytowanego pracownika między 70 a 80 r.ż.)

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

imię nazwisko PESEL

adres zamieszkania

telefon adres e-mail

KLAUZULA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH:

Oświadczam, że otrzymałem/am 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 zobowiązuje się do przekazania jej członkom mojej rodziny.

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. oraz NAU S.A..

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,
Emerytowanego Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej

OŚWIADCZENIA CZŁONKÓW RODZINY PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ, EMERYTOWANEGO 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, Emerytowanego Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej

Tym samym oświadczam, że:

- Przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, 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 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.
- 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.
- Otrzymałem/am 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 zobowiązuje się do przekazania jej członkom mojej rodziny.

data i czytelny podpis Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej, Emerytowanego Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej

STATUS			WARIANT II	WARIANT III
IMIĘ I NAZWISKO	CZŁONEK RODZINY EMERYTOWANEGO PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ DO 80 R.Ż	PESEL		
	☐ rodzic pracownika		☐ składka miesięczna 30,00 zł	☐ składka miesięczna 12,00 zł
	☐ rodzic pracownika		☐ składka miesięczna 30,00 zł	☐ składka miesięczna 12,00 zł
	☐ rodzic współmałżonka ☐ partnera pracownika		☐ składka miesięczna 30,00 zł	☐ składka miesięczna 12,00 zł
	☐ rodzic współmałżonka ☐ partnera pracownika		☐ składka miesięczna 30,00 zł	☐ składka miesięczna 12,00 zł
			WARIANT I	
	CZŁONEK RODZINY EMERYTOWANEGO PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ DO 70 R.Ż.:		bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
	☐ współmałżonek ☐ partner pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ dziecko pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ dziecko pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ dziecko pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ dziecko pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ dziecko pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ zięć ☐ synowa pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ zięć ☐ synowa pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ wnuk pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ wnuk pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł
	☐ wnuk pracownika		☐ składka miesięczna 12,00 zł	☐ składka miesięczna 15,50 zł

data i czytelny podpis Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej, Emerytowanego Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej