

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA UBEZPIECZONEGO – PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ POWYŻEJ 70 ROKU ŻYCIA, EMERYTOWANEGO PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ POWYŻEJ 70 ROKU ŻYCIA I CZŁONKÓW ICH RODZIN DO PROGRAMU BEZPIECZNA RODZINA (BR)

OŚWIADCZENIA PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ EMERYTOWANEGO PRACOWNIKA OŚWIATY LUB EMERYTOWANEGO PRACOWNIKA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ

Wyrażam wolę przystąpienia jako Ubezpieczony do umowy ubezpieczenia grupowego zawartej w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (dalej: Program BR) 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 (dalej: **InterRisk**) na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Bezpieczna Rodzina zatwierdzonych uchwałą nr 05/26/04/2022 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26.04.2022 r. (dalej: **SWU**).

Wyrażam zgodę na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej z tytułu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego zawartej w ramach Programu 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 NAU stanowi spełnienie zobowiązania wobec Ubezpieczającego do pokrycia kosztu składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego zawartej w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) i jest tożsama z uiszczeniem składki przez Ubezpieczającego bezpośrednio 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 z SWU, 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 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 SWU.

Oświadczam, że otrzymałem/am klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z RODO (Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych) dotyczące NAU Profit Sp. z o.o. oraz NAU.

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

1. dystrybutor ubezpieczeń (tj. NAU) – przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego w ramach Programu BR, do której chcę przystąpić, przeprowadził analizę wymagań i potrzeb Ubezpieczającego (tj. NAU Profit Sp. z o.o.) w zakresie ochrony ubezpieczeniowej w ramach NNW;
2. umowę ubezpieczenia grupowego w ramach Programu BR wobec Ubezpiezonego zawiera się na okres 12 miesięcy;
3. odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w ramach Programu 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;
4. umowa ubezpieczenia grupowego 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 ubezpieczenia grupowego w ramach Programu BR na podstawie 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 grupowego w ramach Programu BR w zakresie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków:**

- w wariantcie II ze składką miesięczną w wysokości 30,00 zł w wariantcie III ze składką miesięczną w wysokości 12,00 zł

Dane Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej, Emerytowanego Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej 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 zobowiązuje się do przekazania jej członkom mojej rodziny.

ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Dzięki tej zgodzie będziemy mogli oferować Pani/Panu produkty i usługi dystrybuowane przez NAU.

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 celach marketingowych, w tym: przedstawiania ofert ubezpieczeniowych oraz innych produktów i usług dystrybuowanych przez NAU.

- 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 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 – 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, 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 BR, na podstawie SWU, 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 z SWU, informacją o której mowa w art. 17 ust. 1 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 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 informację InterRisk TU S.A., NAU S.A. oraz NAU Profit Sp. z o.o. 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, Emerytowanego Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej

IMIĘ I NAZWISKO	STATUS	PESEL	WARIANT II	WARIANT III
			<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 12,00 zł
	<input type="checkbox"/> rodzic pracownika			<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka <input type="checkbox"/> partnera			<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka <input type="checkbox"/> partnera			<input type="checkbox"/> składka miesięczna 12,00 zł
			WARIANT I	
			bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
CZŁONEK RODZINY EMERYTOWANEGO PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ DO 70 R.Ż.:			<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

W przypadku, gdy Ubezpieczonym jest Partner Pracownika, osobami Uprawnionymi w razie śmierci Partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku są poniższe osoby:

IMIĘ I NAZWISKO UPRAWNIONEGO	PESEL UPRAWNIONEGO	UDZIAŁ W %

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