

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA UBEZPIECZONEGO – PRACOWNIKA OŚWIATY LUB ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ I CZŁONKÓW ICH RODZIN DO UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO W RAMACH PROGRAMU BEZPIECZNA RODZINA (BR) OŚWIADCZENIA PRACOWNIKA OŚWIATY LUB 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 26.04.2022r. (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 zobowiązuję 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 klauzule informacyjne 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:

- 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;
- umowę ubezpieczenia grupowego w ramach Programu BR wobec Ubezpieczonego zawiera się na okres 12 miesięcy;
- odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w ramach Programu 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;
- umowa ubezpieczenia grupowego 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 ubezpieczenia grupowego w ramach Programu BR na podstawie 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 grupowego w ramach Programu BR w zakresie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków** w wariancie i:

ze składką miesięczną w wysokości 12,00 zł
bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu

ze składką miesięczną w wysokości 15,50 zł
z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu

Dane 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 zobowiązuję 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

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 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

Tym samym oświadczam, że:

1. przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, otrzymałem/am i zapoznałem/am się ze 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.
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.
3. 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

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"/> rodzic pracownika		wariant III	
	<input type="checkbox"/> rodzic pracownika		wariant III	
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka <input type="checkbox"/> partnera		wariant III	
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka <input type="checkbox"/> partnera		wariant III	

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