

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO I WSPÓŁUBEZPIECZONYCH CZŁONKÓW JEGO RODZINY DO UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO BEZPIECZNA RODZINA W ZAKRESIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW – WARIANT VII

### OŚWIADCZENIA GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO

Wyrażam wolę przystąpienia jako Główny 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 01/14/02/2023 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 14.02.2023r. (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/am poinformowany/a, 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/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/am/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 SWU.

**Oświadczam, że otrzymałem/am/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:

1. **Dystrybutor ubezpieczeń** (tj. NAU) przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego w ramach Programu BR, do którego 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 Ubezpieczonego zawiera się na okres 12 miesięcy;
3. 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;
4. 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 (NNW) w wariantcie VII:**

**ze składką miesięczną w wysokości 12,00 zł**

**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 zobowiązuję się do przekazania jej członkom mojej rodziny.

#### **ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:**

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

1. 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.

Dzięki tej zgodzie podmioty z grupy kapitałowej NAU będą mogły przedstawić Panu/Pani ofertę własnych usług.

1. 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.

Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przesłać Panu/Pani, 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.

3. 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:

1. wiadomości elektroniczne e-mail
1. wiadomości elektroniczne SMS/MMS
1. połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna)
1. połączenia głosowe (komunikaty głosowe IVR)

1. W przypadku wyrażenia zgody prosimy o zamieszczenie znaku „X” w polu . Brak wypełnienia pola  jest równoznaczny z brakiem wyrażenia zgody.

data i czytelny podpis  
Głównego Ubezpieczonego

**OŚWIADCZENIA WSPÓŁUBEZPIECZONYCH CZŁONKÓW RODZINY GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO**

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  
Głównego Ubezpieczonego

**Tym samym oświadczam, że:**

1. Przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, otrzymałem/am/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/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/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 zobowiązuję się do przekazania jej członkom mojej rodziny.

data i czytelny podpis  
Głównego Ubezpieczonego

WARIANT III	WARIANT VI	WARIANT VII
1. 16,00 zł	1. 30,00 zł	1. 12,00 zł
2. 21,00 zł		

 1. Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu\*

 2. Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu\*\*

IMIĘ I NAZWISKO WSPÓŁUBEZPIECZONEGO CZŁONKA RODZINY GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO	STATUS	PESEL	1.	2.	1.	2.
<input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> partner			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dziecko			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dziecko			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dziecko			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dziecko			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zięć			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> synowa			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zięć			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> synowa			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> wnuk			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> wnuk			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rodzic					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rodzic					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rodzic partnera					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rodzic partnera					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W przypadku, gdy Ubezpieczonym jest partner Głównego Ubezpieczonego, osobami uprawnionymi w razie jego śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku są poniższe osoby:

IMIĘ I NAZWISKO UPRAWNIONEGO	PESEL UPRAWNIONEGO	UDZIAŁ W %

data i czytelny podpis  
Głównego Ubezpieczonego