



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „BEZPIECZNY PRACOWNIK”

INTEGRALNA CZĘŚĆ POLISY

SERIA

NR

NR DEKLARACJI

DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UMOWY UBEZPIECZENIA PRACOWNIK CZŁONEK RODZINY

Imię i nazwisko

PESEL

kod pocztowy

miejsowość

ulica i numer domu/lokalu

email

numer telefonu

WYBRANY WARIANT UBEZPIECZENIA PRZEZ PRACOWNIKA

WARIANT 3 (45 zł/miesięcznie)

WARIANT 2 (39 zł/miesięcznie)

WARIANT 1 (33 zł/miesięcznie)

WYBRANY WARIANT UBEZPIECZENIA PRZEZ CZŁONKA RODZINY

WARIANT 3 (36 zł/miesięcznie)

WARIANT 2 (31 zł/miesięcznie)

WARIANT 1 (26 zł/miesięcznie)

UPRAWNIENI DO ODBIORU ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

IMIĘ	NAZWISKO	PESEL	% ŚWIADCZENIA

OŚWIADCZENIA OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia oraz finansowanie przeze mnie składki.
- Przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia doręczono mi, na twardej nośniku (na co wyraziłem zgodę) Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „BEZPIECZNY PRACOWNIK” zatwierdzone Uchwałą Zarządu TUZ TUW Nr U/108/2021 z dnia 01.09.2021 r., stanowiące podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia, z którymi zapoznałem/łam się;
- Przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia moje potrzeby i wymagania zostały zbadane, a zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi potrzebami i wymaganiami;
- Przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (jestem świadomy(-a), że dokument ten nie stanowi części umowy ubezpieczenia i ma charakter informacyjny) oraz formularz informacyjny dotyczący umowy ubezpieczenia, z którymi zapoznałem/łam się;
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUZ TUW danych szczególnej kategorii dotyczących mojego stanu zdrowia, historii chorób, natógów w celu obsługi (wykonania) zawartej umowy ubezpieczenia oraz likwidacji szkody;
- W przypadku zgłoszenia szkody, wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TUZ TUW od:
 - placówek medycznych, lekarzy wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia lub moich małoletnich dzieci oraz wglądu do dokumentacji medycznej, w zakresie określonym przepisami prawa;
 - Narodowego Funduszu Zdrowia wszelkich informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem objętym umową ubezpieczenia;
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUZ TUW moich danych osobowych dla celów marketingu produktów i usług TUZ TUW, w tym w celach analitycznych i profilowania, również po zakończeniu umowy; TAK NIE
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez TUZ TUW moich danych osobowych w zakresie danych identyfikacyjnych i teled adresowych, podmiotom współpracującym z TUZ TUW, do przetwarzania w celach marketingowych, w tym w celach analitycznych i profilowania; TAK NIE
- Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych przez TUZ TUW, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na wskazane adresy elektroniczne, np. numer telefonu, adres e-mail; TAK NIE
- Wyrażam zgodę na wykonywanie połączeń głosowych przez TUZ TUW, za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, dla celów marketingu bezpośredniego. TAK NIE

Miejscowość: _____ data: _____

czytelny podpis Ubezpieczonego

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O POTRĄCANIU SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA

Imię i nazwisko

PESEL

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie przez **Ubezpieczającego** z mojego wynagrodzenia należnego mi z tytułu umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej kwoty w wysokości _____ zł składki ubezpieczeniowej w związku z przystąpieniem przeze mnie/wskazanego Członka Rodziny do umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Bezpieczny Pracownik”, zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TUZ Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Nr U/108/2021 z dnia 01.09.2021 r.;

czytelny podpis Pracownika

UBEZPIECZAJĄCY (wypełnia osoba uprawniona przez Ubezpieczającego do obsługi ubezpieczenia)

KOD ID _____

Niniejsza Deklaracja zgody oraz wniesienie należnej składki stanowią podstawę objęcia pracownika ochroną ubezpieczeniową przez TUZ TUW na podstawie Ogólnych Warunków Pracowniczego Ubezpieczenia Grupowego w zakresie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Bezpieczny Pracownik” w wybranym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

- a)
data zatrudnienia
- b)
data przystąpienia do ubezpieczenia
- c)
data potrącenia raty pierwszej raty sumy
równoważnej składce ubezpieczeniowej
- d)
data złożenia oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia
- e)
data ustania stosunku zatrudnienia

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis osoby uprawnionej do obsługi ubezpieczenia

.....
pieczętka Ubezpieczającego