

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

TUZ
UBEZPIECZENIA

Każda osoba ubezpieczana wypełnia osobną deklarację. Druk deklaracji można kopiować.

DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UMOWY UBEZPIECZENIA

 Pracownik Członek rodziny pracownika

Imię i nazwisko: Pesel:

Adres zamieszkania:

ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość

Dane kontaktowe:

numer telefonu

e-mail

WARIANT UBEZPIECZENIA

WYBRANY PRZEZ PRACOWNIKA	WYBRANY PRZEZ CZŁONKA RODZINY
<input type="checkbox"/> WARIANT 3 (45 zł/miesięcznie)	<input type="checkbox"/> WARIANT 3 (36 zł/miesięcznie)
<input type="checkbox"/> WARIANT 2 (39 zł/miesięcznie)	<input type="checkbox"/> WARIANT 2 (31 zł/miesięcznie)
<input type="checkbox"/> WARIANT 1 (33 zł/miesięcznie)	<input type="checkbox"/> 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 opłacanie przeze mnie składki.
- Przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia doręczono mi, na twardym nośniku (na co wyraziłem zgodę) Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „BEZPIECZNY PRACOWNIK” zatwierdzone Uchwałą Zarządu TUZ Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej jako: „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), z którym zapoznałem/łam się.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUZ TUW danych szczególnej kategorii, dotyczących mojego stanu zdrowia, historii chorób, nałogów, w celu wykonania i obsługi zawartej umowy ubezpieczenia oraz likwidacji szkody.
- W przypadku zgłoszenia szkody, wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TUZ TUW od:
 - placówek medycznych i lekarzy, wszelkich informacji o stanie zdrowia mojego 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.

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUZ T UW moich danych osobowych dla celów marketingu produktów i usług TUZ T UW, w tym w celach analitycznych i profilowania, również po zakończeniu umowy. TAK NIE
8. Wyrażam zgodę na udostępnianie przez TUZ T UW moich danych osobowych w zakresie danych identyfikacyjnych i teleadresowych, podmiotom współpracującym z TUZ T UW, do przetwarzania w celach marketingowych, w tym w celach analitycznych i profilowania. TAK NIE
9. Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych przez TUZ T UW, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na wskazane adresy elektroniczne, np. numer telefonu, adres e-mail, TAK NIE
10. Wyrażam zgodę na wykonywanie połączeń głosowych przez TUZ T UW, za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, dla celów marketingu bezpośredniego. TAK NIE

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Ubezpieczonego

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O POTRĄCANIU SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie przez **Ubezpieczającego** (pracodawcę) 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.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis pracownika

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY (PRACODAWCA)

Wypełnia osoba uprawniona przez Ubezpieczającego do obsługi ubezpieczenia

KOD ID:

Deklaracja nr: **Integralna część polisy grupowej, seria:** **nr:**

Niniejsza Deklaracja zgody oraz wniesienie należnej składki stanowią podstawę objęcia pracownika ochroną ubezpieczeniową przez TUZ T UW, 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., w wybranym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

a)
data zatrudnienia

b)
data przystąpienia do ubezpieczenia

c)
data potrącenia 1. raty 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