201804

OPIEKUN

Kod kreskowy – Placówka Avivy

AVIVA

DEKLARACJA OPIEKUN

Kod kreskowy – Biuro Główne Avivy

numer polisy

numer seryjny wniosku (dotyczy NB)

☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkich informacji dotyczących wszystkich umów ubezpieczenia, w tym listów rocznicowych i informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tych umów, drogą elektroniczną, na ostatni wskazany przeze mnie adres e-mail.

I. Dane Ubezpieczającego

nazwa firmy

pieczęć Ubezpieczającego

II. Dane Uczestnika

nazwisko

imię

drugie imię

obywatelstwo

data urodzenia d d m m r r r r

płeć K/M

PESEL

nr dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości

ulica (adres zamieszkania)

numer domu

numer mieszkania

kod pocztowy –

miejscowość

nr telefonu

adres e-mail

rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego

umowa o pracę ☐

inna forma zatrudnienia

data zatrudnienia[1] d d m m r r r r

zawód wykonywany / zajmowane stanowisko

zajmowane stanowisko wymaga:

pracy na wysokości

TAK ☐ maks. na m

pracy w zbiornikach, kanałach, wnętrzach urządzeń technicznych i innych niebezpiecznych przestrzeniach zamkniętych

TAK ☐

pracy przy użyciu materiałów niebezpiecznych

TAK ☐

Uczestnik był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała co najmniej 21 kolejnych dni w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia ☐

UWAGA! Dołączenie do ubezpieczenia jest możliwe, jeśli Uczestnik nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum lub innym zakładzie leczniczym.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową nastąpi w pierwszym, zgodnym z postanowieniami odpowiednich OWU, terminie następującym po dniu podpisania (sporządzenia) deklaracji, o ile zostanie ona dostarczona do Towarzystwa w ciągu 30 dni od dnia, w którym przystąpienie miałoby nastąpić.

III. Parametry ubezpieczenia

Wybór kategorii (nr):

Wysokość składki: , zł

Część składki finansowana przez Ubezpieczającego: , zł

Wysokość miesięcznego wynagrodzenia, gdy suma ubezpieczenia jest uzależniona od wynagrodzenia: , zł

[1] Jeżeli umowa ubezpieczenia przewiduje kwalifikację do ubezpieczenia na podstawie stażu pracy lub innych określonych w umowie kryteriów, to prosimy podać datę spełnienia tych warunków kwalifikacji.

Potwierdzam prawdziwość danych wskazanych w pkt. I – III

data d d m m r r r r

Za Ubezpieczającego – podpis osoby upoważnionej

121145/GR/0318/15000

Wypełnienie pkt. IV i V nie jest obowiązkowe. W przypadku braku wskazania uposażonych, uprawnionymi do świadczenia z tytułu śmierci Uczestnika będą spadkobiercy ustawowi (zgodnie z OWU).

IV. Dane uposażonych głównych

0

1. nazwisko | % świadczenia | stopień pokrewieństwa

imię | data urodzenia d d m m r r r r | PESEL

2. nazwisko | % świadczenia | stopień pokrewieństwa

imię | data urodzenia d d m m r r r r | PESEL

V. Dane uposażonych zastępczych

0

1. nazwisko | % świadczenia | stopień pokrewieństwa

imię | data urodzenia d d m m r r r r | PESEL

2. nazwisko | % świadczenia | stopień pokrewieństwa

imię | data urodzenia d d m m r r r r | PESEL

VI. Oświadczenie dotyczące Programu Assistance oraz Programu Assistance III

W przypadku jeśli zakres ubezpieczenia grupowego decyzją Ubezpieczającego został, bądź w przyszłości zostanie rozszerzony o: umowę dodatkową Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów" i/lub o umowę dodatkową Assistance Wariant III, wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową wynikającą z Programu Assistance (dotyczy umowy dodatkowej Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów") i/lub Programu Assistance III (dotyczy umowy dodatkowej Assistance Wariant III). Otrzymałem i zapoznałem się z Warunkami Programu Assistance oraz Warunkami Programu Assistance III. Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych administratorowi danych osobowych AWP P&C SA Oddział w Polsce (dawniej AGA International SA Oddział w Polsce), z siedzibą w Warszawie.
Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o celach przetwarzania danych, którymi są cele związane z wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz realizacją usług wynikających z Programu Assistance i/lub Programu Assistance III, jak również o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania oraz o tym, że podawanie wymienionych danych jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu przystąpienia do Programu Assistance i/lub Programu Assistance III.

VII. Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji i załącznikach do niej są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i są przekazane w dobrej wierze. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez spółkę Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA (dalej: Towarzystwo) moich danych osobowych podanych w niniejszej deklaracji oraz innych dokumentach związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o celach przetwarzania danych, którymi są zawarcie umowy ubezpieczenia, jej wykonanie i zachęcanie do zawierania innych umów ubezpieczenia. Poinformowano mnie także o prawie wglądu do tych danych i ich poprawiania, przenoszenia, ograniczenia przetwarzania oraz prawie zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych. Podawanie wymienionych danych jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu zawierania umowy ubezpieczenia. Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych zamieszczony jest w polityce prywatności na stronie internetowej www.aviva.pl.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, a także u lekarzy, dotyczących mnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, w tym w szczególności dotyczących mojego stanu zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych)[2] i weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, jak również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie i udostępnianie dotyczących mnie informacji, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, ubezpieczającemu, uposażonemu lub innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia w przypadkach, kiedy obowiązek przekazania lub udostępniania takich informacji wynikać będzie z obowiązujących przepisów. Wyrażam także zgodę na uzyskiwanie od NFZ danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Z przyczyn uzasadnionych treścią stosunku ubezpieczenia powyższe upoważnienie nie wygasa z chwilą mojej śmierci.

Potwierdzam otrzymanie warunków ubezpieczenia, w tym w szczególności Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Przyjmuję do wiadomości, że Towarzystwo przeprowadzi ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie analizy podanych przeze mnie informacji oraz otrzymanych dokumentów. Wynikiem analizy może być zaproponowanie przez Towarzystwo zmienionych warunków ubezpieczenia, w tym podwyższenie składki lub ograniczenia i wyłączenia w zakresie ochrony albo odmowa udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Na powyższe okoliczności Towarzystwo wskaże w dokumencie uczestnictwa lub w odrębnym piśmie.

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na:

1) modyfikację warunków wnioskowanej grupowej umowy ubezpieczenia na życie oraz umów dodatkowych;
2) zmiany w warunkach umów, o których mowa w pkt. 1, w tym w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia;
3) zmiany zakresu ubezpieczenia,

które zostaną wprowadzone w procesie zawierania umowy ubezpieczenia lub w trakcie jej trwania.

Oświadczam, że zostałem(am) umocowany(a) przez członków najbliższej rodziny (w tym również mojego partnera) do wyrażenia w ich imieniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową i wyrażam w ich imieniu taką zgodę. Jednocześnie oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby te otrzymały warunki ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Ubezpieczenia. W przypadku ww. osób, które będą wyrażać zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w późniejszej dacie niż dzień złożenia niniejszej deklaracji uczestnictwa, oświadczam, że w przypadku ustanowienia mnie przez te osoby pełnomocnikiem, zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową wyrażę wyłącznie w imieniu tych osób, które przed jej wyrażeniem otrzymały warunki ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Ubezpieczenia.

Zgadzam się na wykorzystanie mojego numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej w celu aktywacji internetowego serwisu obsługi zamieszczonego na www.aviva.pl i administrowanego przez Aviva Sp. z o.o. Przyjmuję do wiadomości, że aktywacja internetowego serwisu obsługi wymaga uprzedniej akceptacji regulaminu świadczeń usług drogą elektroniczną. Jednocześnie wnioskuję o zmianę ewentualnych innych umów łączących mnie z podmiotami Grupy Aviva[3] w ten sposób, że w przypadkach dopuszczalnych przez przepisy prawa zlecenia, dyspozycje i oświadczenia złożone w internetowym serwisie obsługi uznaje się za równoważne w skutkach ze złożonymi w formie pisemnej. Aviva Sp. z o.o. oświadcza, że jest uprawniona do przyjęcia i akceptacji wniosku w zakresie zmiany, o której mowa w zdaniu poprzedzającym.

[2] Zakres informacji o stanie zdrowia Uczestnika obejmuje:
1) informacje o przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
2) informacje o przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
3) informacje o wynikach przeprowadzonych konsultacji;
4) informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego.

[3] Grupa Aviva – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, jednostki powiązane z nią w rozumieniu ustawy o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

data d d m m r r r r

czytelny podpis Uczestnika