DEKLARACJA

przystąpienia do Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun

Ubezpieczający (nazwa firmy)

numer polisy

numer wniosku

Uczestnik

nazwisko

imię

PESEL

obywatelstwo P L

płeć K/M

Adres zamieszkania

kod pocztowy –

miejscowość

ulica

numer domu

numer lokalu

numer telefonu komórkowego

adres e-mail

TAK

Wyrażam zgodę, żeby Aviva Towrzystwo Ubezpieczeń na Życie SA (dalej: Aviva) przesyłała wszelkie informacje, które dotyczą wszystkich moich umów ubezpieczenia i umów zawartych na moją rzecz - w tym listów rocznicowych i informacji o wysokości świadczeń, które przysługują z tych umów - na ostatni adres e-mail, który wskazałem(-łam) Avivie.

Informacje o Uczestniku

data uzyskania prawa do Przystąpienia do ubezpieczania

D D M M R R R R

forma zatrudnienia:

umowa o pracę

inna forma zatrudnienia

zawód wykonywany

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy:
- przebywał(a) Pan(i) na ponad 21-dniowym nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim (nie dotyczy: ciąży, porodu, złamań kończyn górnych i dolnych - pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń i zwichnięć, usunięcia wyrostka robaczkowego lub migdałków, zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie, np. dziecko) lub
- przebył(a) Pan(i) jakąkolwiek chorobę, która na okres ponad 21 kolejnych dni wyłączyła Pana(Panią) z codziennej, życiowej aktywności, to jest: pracy zarobkowej, prac we własnym gospodarstwie rolnym lub domowym, nauki w szkole lub na uczelni?

TAK NIE

Przejście do Avivy

Wypełniają osoby, które były uczestnikami grupowego ubezpieczenia na życie, z którego Ubezpieczający zrezygnował i przeszedł do Avivy

Byłem(-łam) uczestnikiem grupowego ubezpieczenia na życie i w dniu jego zakończenia byłem (-łam) objęty (-ta) nieprzerwaną ochroną dłużej niż 9 miesięcy.

TAK NIE

Zakres ubezpieczenia

Wariant/Kategoria

wysokość Kosztu Ochrony ,

część Kosztu Ochrony finansowana przez Ubezpieczającego ,

Miesięczne wynagrodzenie (jeśli Suma Ubezpieczenia zależy od wynagrodzenia) ,

Dodatkowe informacje o Uczestniku (obowiązkowe tylko, jeśli w Umowie Ubezpieczenia obowiązują OWU PGO/2018/1 lub starsze)

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

data

D D M M R R R R

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Ubezpieczającego

pieczęć Ubezpieczającego

Wskazanie Partnera

Po wskazaniu Partnera, Małżonek traci prawo do przystąpienia albo prawo do dalszego uczestnictwa w ubezpieczeniu

nazwisko

imię

PESEL

Uposażeni

1. nazwisko

imię

data urodzenia D D M M R R R R

PESEL

% świadczenia

pokrewieństwo

2. nazwisko

imię

data urodzenia D D M M R R R R

PESEL

% świadczenia

pokrewieństwo

Uposażeni Zastępczy

1. nazwisko

imię

data urodzenia D D M M R R R R

PESEL

% świadczenia

pokrewieństwo

2. nazwisko

imię

data urodzenia D D M M R R R R

PESEL

% świadczenia

pokrewieństwo

Oświadczenia

Oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie mnie Ochroną w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej Deklaracji i załącznikach do niej są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą. Nie ukryłem(-łam), żadnego faktu, o który zostałem(-łam) zapytany(-na) przed podpisaniem Deklaracji.

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na), że:

1) dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, jej wykonania i zachęcania do zawierania innych umów ubezpieczenia;
2) mam prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania, przenoszenia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych;
3) podawanie wymienionych danych jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu zawierania Umowy;
4) szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych zamieszczony jest w polityce prywatności na stronie internetowej www.aviva.pl.

Oświadczam, że przed sporządzeniem Deklaracji otrzymałem(-łam) od Ubezpieczającego Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) o sygnaturze

P G O / R R R R / _ _ - P D R R R R M M i zapoznałem(-łam) się z ich treścią.

Przyjmuję do wiadomości, że Aviva przeprowadzi ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie analizy podanych przeze mnie informacji oraz otrzymanych dokumentów. Wynikiem analizy może być zaproponowanie przez Avivę zmienionych warunków ubezpieczenia, w tym podwyższenie Składki lub ograniczenia i wyłączenia w zakresie Ochrony albo odmowa udzielania Ochrony. Na powyższe okoliczności Aviva wskaże w Dokumencie Uczestnictwa lub w odrębnym piśmie.

Upoważniam Avivę 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)[1] 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 Avivy oraz wysokości odszkodowania lub Świadczenia. Z przyczyn uzasadnionych treścią stosunku ubezpieczenia powyższe upoważnienie nie wygasa z chwilą mojej śmierci.

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na zmiany warunków ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, Sum Ubezpieczenia, Kosztu Ochrony w trakcie zawierania Umowy Ubezpieczenia oraz w trakcie jej wykonywania.

W imieniu członków mojej najbliższej rodziny (w tym również mojego Partnera) wyrażam zgodę na objęcie ich Ochroną – zostałem przez nich do tego umocowany(-na) a wcześniej przekazałem (-łam) im warunki ubezpieczenia, w tym OWU.

Jeśli w przyszłości zostanę pełnomocnikiem kolejnych członków mojej rodziny, przed wyrażeniem w ich imieniu zgody na objęcie Ochroną, osoby te otrzymają ode mnie warunki ubezpieczenia, w tym OWU.

Zobowiązuję się przekazywać warunki ubezpieczenia, w tym OWU, członkom mojej najbliższej rodziny (także Partnerowi), jeśli osoby te przystąpią do Umowy Ubezpieczenia - przed sporządzeniem przez te osoby Deklaracji Uczestnictwa.

Przyjmuję do wiadomości, iż mój numer telefonu i adres poczty elektronicznej będą wykorzystane do aktywacji internetowego serwisu obsługi MojaAviva na stronie internetowej www.aviva.pl, który jest administrowany przez Aviva Sp. z o.o. oraz, że aktywacja tego serwisu wymaga wcześniejszej akceptacji regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną. Proszę o zmianę innych umów, które łączą mnie z podmiotami Grupy Aviva[2] w taki sposób, że gdy dopuszczają to przepisy prawa, moje zlecenia, dyspozycje i oświadczenia złożone w internetowym serwisie obsługi zostaną przez te podmioty uznane za równoważne w skutkach z takimi, które są składane w formie pisemnej. Aviva Sp. z o.o. oświadcza, że jest uprawniona do przyjęcia i akceptacji wniosku w zakresie takiej zmiany.

Oświadczam, że w dniu podpisania deklaracji:

1) nie przebywam na zwolnieniu lekarskim (nie dotyczy: ciąży, porodu, złamań kończyn górnych i dolnych - pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń i zwichnięć, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków, zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie, np. dziecko,
2) nie przebywam w szpitalu, hospicjum lub innym zakładzie leczniczym lub opiekuńczym,
3) nie pobieram świadczeń rehabilitacyjnych ani się o nie nie ubiegam,
4) nie jestem niezdolny do pracy lub niezdolny do służby decyzją właściwego organu.

Oświadczenie Assistance

Jeśli Ubezpieczający rozszerzył, bądź w przyszłości rozszerzy zakres Umowy o Umowę Dodatkową Ubezpieczenia:
1) Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów" lub
2) Assistance Wariant I albo Assistance Wariant II albo Assistance Wariant III, to
wyrażam zgodę na objęcie mnie Ochroną, która wynika z Programu Assistance lub Programu Assistance III (Otrzymałem i zapoznałem się z Warunkami Programu Assistance III).
Zostałem(-łam) poinformowany(-na), że w celu realizacji Umowy Ubezpieczenia oraz w celu realizacji usług w ramach Programów Assistance, administratorem moich danych osobowych będzie AWP P&C SA Oddział w Polsce.
Zostałem(-łam) poinformowany(-na), że szczegółowy opis sposobu, w jaki AWP P&C SA Oddział w Polsce przetwarza dane osobowe, znajduje się w polityce prywatności na stronie www.aviva.pl.

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

[2] 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.

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

data
D D M M R R R R

czytelny podpis Uczestnika[3]

Oświadczenie medyczne

Podpisuje Uczestnik, który jest zatrudniony przez Ubezpieczającego na podstawie umowy innej niż umowa o pracę.
Oświadczam, że:
1) nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
- choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), kardiomiopatia, zaburzenia rytmu serca, miażdżyca, przewlekła niewydolność układu krążenia, tętniak aorty, wada serca, zakrzepica żylna, zatorowość płucna, zawał serca,
- krwotok śródczaszkowy, przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, tętniak naczyń mózgowych, udar mózgu,
- choroba Alzheimera, padaczka, porażenie kończyn górnych lub dolnych, stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne,
- reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń układowy,
- choroba Leśniowskiego-Crohna, choroby trzustki, choroby wątroby, nieswoiste choroby zapalne jelit, takie jak: wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- przewlekła niewydolność nerek, przewlekłe kłębkuszkowe zapalenie nerek,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych),
- zaburzenia psychiczne,
- zakażenie wirusem HIV,
2) w ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,
3) nigdy nie ubiegałem się o rentę z powodu niezdolności do pracy ani nigdy nie został w stosunku do mnie orzeczony stopień niepełnosprawności.

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

data
D D M M R R R R

czytelny podpis Uczestnika[3]

[3] albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich

Oświadczenia Uczestników bez polskiego obywatelstwa

Nie możemy przyjąć Twojej Deklaracji, jeśli nie możesz podpisać poniższych oświadczeń.

Oświadczam, że nieprzerwanie mieszkam w Polsce od ____ lat.

Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę.

Deklaracja języka polskiego
Przyjmuję do wiadomości, że język polski jest językiem obowiązującym w Umowie Ubezpieczenia (Umowie) do której przystępuję podpisując tę Deklarację. Dotyczy to dokumentów ubezpieczenia, wszelkiej korespondencji dotyczącej Umowy (przesyłanej drogą listowną jak i elektroniczną) oraz kontaktów z pracownikami spółek Grupy Aviva[2] odnośnie tej Umowy.
Oświadczam, że posługuję się językiem polskim w stopniu pozwalającym mi na zrozumienie treści Umowy do której przystępuję, w szczególności:
1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z załącznikami;
2) zakresu przysługującej mi ochrony oraz wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Avivy;
3) treści składanych przeze mnie zgód, upoważnień i oświadczeń, w tym tych, które dotyczą mojego stanu zdrowia.

[2] 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.

Proszę zaznaczyć, jeżeli posługuje się Pan(i) danym językiem:

☐ ENGLISH – Please check if you speak this language.

☐ I acknowledge that the Polish language is the language applicable to the Insurance Agreement (Agreement) which I join by signing this Declaration. This applies to insurance documents, all and any correspondence regarding the Agreement (sent by post and email) and contacts with employees of Aviva[2] Group companies regarding this Agreement.

I declare that I speak Polish to the extent that allows me to understand the content of the Agreement I am concluding, in particular:
1) General Terms and Conditions of Insurance, including the following appendixes;
2) the scope of my insurance coverage, as well as exclusions and limitations of Aviva's liability;
3) the content of my consents, authorizations and statements, including those related to my state of health.

[2] Aviva Group, i.e. Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA and entities related thereto within the meaning of the legal provisions on accounting, as well as the pension and investment funds they manage.

☐ DEUTSCH – Bitte markieren, wenn Sie sich dieser Sprache bedienen.

☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass die polnische Sprache die Sprache ist, die in dem Versicherungsvertrag (Vertrag) gilt, zu dem ich mit der Unterzeichnung dieser Erklärung beitrete. Dies gilt für Versicherungsdokumente, jegliche Korrespondenz bezüglich des Vertrags (per Post und elektronisch gesendet) und Kontakte zu Mitarbeitern der Unternehmen der Aviva[2]-Gruppe bezüglich dieses Vertrags.

Ich erkläre, dass ich der polnischen Sprache in ausreichendem Maße mächtig bin, um den Inhalt des Vertrags zu verstehen, zu dem ich beitrete, insbesondere:
1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, einschließlich Anhänge;
2) den mir zustehenden Schutzumfang sowie Ausschlüsse und Beschränkungen der Haftung von Aviva;
3) den Inhalt meiner Einwilligungen, Genehmigungen und Erklärungen, einschließlich derjenigen, die sich auf meinen Gesundheitszustand beziehen.

[2] Die Gruppe Aviva, d.i. Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA (Aviva Lebensversicherungsgesellschaft AG) und die mit ihr verbundenen Unternehmen im Sinne der Vorschriften über die Buchführung sowie die von ihr verwalteten Renten- und Investmentfonds.

☐ FRANÇAIS – Veuillez cocher si vous parlez cette langue.

☐ Je prend note que la langue du Contrat d'assurance (Contrat) auquel j'adhère en signant la présente Déclaration, est la langue polonaise. Cela se rapporte aux documents d'assurance, à toute correspondance concernant le Contrat (transmise par voie postale ou électronique) et aux contacts avec le personnel des sociétés du Groupe Aviva[2] en rapport avec ce Contrat.

Je déclare avoir un niveau de connaissance de la langue polonaise suffisant pour comprendre le texte du Contrat auquel j'adhère, et notamment:
1) les Conditions générales d'assurance avec ses annexes;
2) l'étendue de la protection qui m'est conférée ainsi que des exclusions et des restrictions de la responsabilité de Aviva;
3) les textes de mes consentements, autorisations et déclarations dont celles concernant mon état de santé.

[2] Le groupe Aviva, à savoir Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, et les entit és y liées au sens du droit comptable, de même que les fonds de retraite et d'investissement gérés par ce groupe.

☐ ESPAÑOL – Por favor marque si es usted hablante de este idioma.

☐ Acepto que el idioma polaco es el idioma aplicable en la Póliza de Seguro (Póliza) a la que accedo firmando esta Declaración. Esto se refiere a los documentos de seguro, cualquier correspondencia que concierna la Póliza (enviada por carta postal o correo electrónico) y contactos con los empleados de las sociedades del Grupo Aviva[2] que se refieran a la Póliza.

Declaro que hablo polaco en el nivel que me permite entender el contenido de la Póliza que firmo, en particular:
1) Disposiciones Generales del Seguro con anexos
2) la cobertura de la protección a la que tengo derecho y las exclusiones y limitaciones en la responsabilidad de Aviva
3) el contenido de los consentimientos, autorizaciones y declaraciones que presto, en esto, las que conciernen mi estado de salud.

[2] Grupo Aviva, es decir, Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA y las entidades asociadas entendidas de acuerdo con las disposiciones de contabilidad, así como los fondos de pensiones y de inversión que gestionan.

☐ ITALIANO – La preghiamo di contrassegnare la casella se utilizza questa lingua.

☐ Riconosco che la lingua polacca è la lingua applicabile al Contratto di Assicurazione (Contratto) a cui aderisco firmando questa Dichiarazione. Questo vale per i documenti assicurativi, tutta la corrispondenza relativa al Contratto (inviata per posta ed e-mail) e contatti con i dipendenti delle società del Gruppo Aviva[2] in merito al presente Contratto.

Dichiaro di parlare polacco nella misura che mi consente di comprendere il contenuto del Contratto che sto concludendo, in particolare:
1) Termini e condizioni generali di assicurazione, comprese le seguenti appendici;
2) l'ambito della mia copertura assicurativa, nonché le esclusioni e le limitazioni della responsabilità di Aviva;
3) il contenuto dei miei consensi, autorizzazioni e dichiarazioni, compresi quelli relativi al mio stato di salute.

[2] Il Gruppo Aviva, cioè Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA e le entità connesse ai sensi della legge sulla contabilità nonché i fondi pensione e i fondi investimento sotto il suo controllo.

☐ РУССКИЙ ЯЗЫК – Отметьте галочкой, если Вы владеете этим языком.

☐ Я принимаю к сведению, что польский язык является превалирующим языком в Договоре страхования (Договоре) с условиями которого я согласен, подписывая настоящую екларацию. Это относится к страховым документам, всей корреспонденции, касающейся Договора (отправленной письмом и в электронном виде), а также контактам с сотрудниками компаний Группы Aviva[2] по данному Договору.

Я заявляю, что владею польским языком на таком уровне, который позволяет мне понять содержание Договора, с условиями которого я согласен, в частности:
1) Общие условия страхования, включая приложения;
2) сфера защиты, на которую я имею право, а также исключения и ограничения ответственности Aviva;
3) содержание поданных мной согласий, поручений и заявлений, в том числе связанных с состоянием моего здоровья.

[2] Группа Aviva, а именно «Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA» и зависимые предприятия в понимании закона о бухгалтерском учете, а также управляемые ей пенсионные и инвестиционное фонды.

☐ УКРАЇНСЬКА - Прошу зазначити, якщо Ви спілкуєтеся цією мовою.

☐ Я беру до відома, що польська мова є превалюючою мовою у Договорі страхування (Договорі) з умовами якого я згоден, підписуючи цю Декларацію. Це відноситься до страхових документів, усієї кореспонденції, що стосується Договору (відправленої листом і у електронному вигляді), а також контактам зі співробітниками компаній Групи Aviva[2] за даним Договором.

Я заявляю, що володію польською мовою на такому рівні, який дозволяє мені зрозуміти зміст цього Договору, з умовами якого я згоден, зокрема:
1) Загальні умови страхування, включаючи додатки;
2) сфера захисту, на яку я маю право, а також винятки та обмеження відповідальності Aviva;
3) зміст поданих мною згод, доручень і заяв, у тому числі пов'язаних зі станом мого здоров'я.

[2] Компанія „Aviva", тобто „Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA" і пов'язані з нею суб'єкти в розумінні положень про облік та пенсійні і інвестиційні фонди, якими вони управляють.

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

data

D D M M R R R R

czytelny podpis Uczestnika[3]

[3] albo przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, w przypadku osób niepełnoletnich