

Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody doręczono mi Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie oraz Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego, na podstawie których została zawarta Umowa ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach tam określonych pod prawem polskim, w tym na wysokość sum ubezpieczenia, zgodnie ze wskazaniem w Deklaracji zgody. Oświadczam także, że przed podpisaniem Deklaracji zgody doręczono mi treść postanowień szczególnych Umowy ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną z uwzględnieniem zmian tam określonych.

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data
podpisania oświadczenia (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczonego

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO (w celu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia)

1) **Oświadczam, że** zostałem/am poinformowany/a, że:

- Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. będzie przetwarzać moje dane osobowe, w tym dane o moim stanie zdrowia i nałogach. Celem zbierania danych jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego, objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, wykonywanie Umowy ubezpieczenia oraz realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym z Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (tekst jednolity Dz.U. z 2014 poz 455). Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy ubezpieczenia.
- administratorem moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia i nałogach, jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa oraz o prawie dostępu do treści moich danych i prawie ich poprawiania.
- odbiorcami danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia i nałogach mogą być podmioty upoważnione na mocy obowiązujących przepisów prawa lub reasekuratorzy, w celu reasekuracji umowy ubezpieczenia.

2) **Wyrażam zgodę** na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A., od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres udostępnionych Open Life TU Życie S.A. informacji o moim stanie zdrowia może obejmować informacje o:

- przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
- wynikach przeprowadzonych konsultacji;
- przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

3) **Wyrażam zgodę** na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Open Life TU Życie S.A. oraz wysokości świadczenia.

4) **Wyrażam zgodę** na przekazywanie moich danych osobowych (w tym danych o stanie zdrowia i nałogach) związanych z objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową, zawartych w niniejszej deklaracji zgody oraz innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi tj. Open Life TU Życie S.A. za pośrednictwem Ubezpieczającego.

5) **Wyrażam zgodę** na przekazywanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń żądanych przeze mnie informacji na trwałym nośniku, w tym za pomocą środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail.

6) **Upoważniam** Ubezpieczającego, posiadającego informacje objęte tajemnicą ubezpieczeniową, do ujawnienia ich treści Open Life TU Życie S.A., w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia lub jego wysokość, w tym w szczególności informacji dotyczących Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

7) **Wyrażam zgodę** ☐ / **Nie wyrażam zgody** ☐ na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa, w tym również po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej lub w przypadku jej nierozpoczęcia.

8) **Wyrażam zgodę** ☐ / **Nie wyrażam zgody** ☐ na przesyłanie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z art. 10 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1422).

9) **Wyrażam zgodę** ☐ / **Nie wyrażam zgody** ☐ na marketing bezpośredni przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. telefon, fax) i automatycznych systemów wywołujących przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, zgodnie z art. 172 ust. 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku - Prawo telekomunikacyjne (tekst jednolity Dz.U z 2014 r., poz. 243).

10) **Oświadczam, że** w dniu podpisania Deklaracji **jestem** ☐ / **nie jestem** ☐ objęty(a) ochroną na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej między Ubezpieczającym a innym niż Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. ubezpieczycielem.

11) **Oświadczam, że** w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **przebywam** ☐ / **nie przebywam** ☐ na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, urlopie macierzyńskim, urlopie bezpłatnym lub urlopie wychowawczym.

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **orzeczono** ☐ / **nie orzeczono** ☐ wobec mnie niezdolności do pracy (*Pracownicy, którzy mają orzeczoną wyłącznie niezdolność do wykonywania pracy funkcjonariusza Służby więziennej powinni zaznaczyć, że nie orzeczono wobec nich niezdolności do pracy.*)

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data
podpisania Deklaracji zgody (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczonego

Miejscowość i data
podpisania Deklaracji zgody (dd/mm/rrrr)

Podpis osoby uprawnionej