

UBEZPIECZAJĄCY:	Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa		Numer Deklaracji zgody:	
Pracodawca/Zakład pracy:				
Osoba wypełniająca Deklarację zgody:	☐ Pracownik ☐ Małżonek ☐ Partner ☐ Pełnoletnie dziecko			
DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO (*pole obligatoryjne)				
Imiona*:		Nazwisko*:		
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)*	PESEL*:	Obywatelstwo*:		
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:				
Adres zamieszkania:	Ulica*:	Nr domu*	Nr mieszkania:	
	Miejscowość*:	Poczta*:		
	Kraj zamieszkania*:	Kod pocztowy*:		
	e-mail:	Tel. kontaktowy:		
Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania):	Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	
	Miejscowość:	Poczta:		
	Kraj:	Kod pocztowy:		
POLA UZUPEŁNIANE W PRZYPADKU SKŁADANIA DEKLARACJI ZGODY PRZEZ PRACOWNIKA (Nie dotyczy Małżonka, Partnera, Pełnoletniego dziecka)				
Data zatrudnienia (dd/mm/rrrr)*:		Forma zatrudnienia*:		
DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA (ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ) <i>Szczegółowe informacje dotyczące dostępnych Wariantów ochrony oraz Wariantów Dodatkowych są określone w Umowie ubezpieczenia.</i>				
Wariant Ochrony Podstawowy*:		Składka miesięczna za wybrany Wariant ochrony (podstawowy)*:		
Wariant Dodatkowy 1 Małżonek/ Partner/ Dorosłe dziecko		Liczba osób:	Składka miesięczna za Wariant Dodatkowy	4,50 zł za każdą osobę
Wariant Dodatkowy 2 Niepełnoletnie dziecko		Liczba osób:	Składka miesięczna za Wariant Dodatkowy	3,50 zł za każdą osobę
Wariant Dodatkowy 3 Rodzic		Liczba osób:	Składka miesięczna za Wariant Dodatkowy	6,00 zł za każdą osobę
Extra Ochrona		☐ TAK ☐ NIE	Składka miesięczna za Extra Ochronę:	12,50 zł
Wariant dziecko		☐ TAK ☐ NIE	Składka miesięczna za Wariant Dziecko:	5,00 zł
Prosimy zwrócić uwagę, iż łączna składka miesięczna będzie obejmowała należności z tytułu wszystkich wybranych ubezpieczeń, tj. składkę należną z tytułu wybranego Wariantu ochrony oraz składkę należną z tytułu wybranego/ych Wariantów Dodatkowych (opcjonalnie).				
DANE PARTNERA: <i>Podanie danych Partnera (tj. osoby spełniającej warunki definicji określonej w odpowiednich Warunkach Ubezpieczeń Dodatkowych) jest niezbędne do uzyskania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z Partnerem, przysługującego na podstawie odpowiednich Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych (pod warunkiem wybrania Wariantu Ubezpieczeniowego, który te Świadczenia ubezpieczeniowe obejmuje).</i>				
Imię i nazwisko:		PESEL albo data urodzenia (dd/mm/rrrr):		
DANE UPOSAŻONYCH WSKAZYWANYCH PRZEZ UBEZPIECZONEGO				
Imię, Nazwisko/ Nazwa	Pesel/ Regon	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu	
			%	
			%	
			%	
			%	
Razem:			100%	
DANE PRACOWNIKA WSKAZUJĄCEGO MAŁŻONKA/ PARTNERA/ PEŁNOLETNIE DZIECKO DO UMOWY UBEZPIECZENIA* <i>(Pola obligatoryjne, wypełniane przez Pracownika w przypadku gdy Deklarację zgody składa Małżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko)</i>				
Imię i nazwisko:		PESEL:		
Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do Umowy ubezpieczenia spełnia warunki definicji odpowiednio: Małżonka albo Partnera albo Pełnoletniego dziecka, określone w Umowie ubezpieczenia. Niniejsze oświadczenie stanowi wskazanie, o którym mowa w § 6 ust. 5 Warunków Ubezpieczenia.				
Miejscowość i data podpisania oświadczenia (dd/mm/rrrr)		Podpis Pracownika		
OŚWIADCZAM, ŻE REZYGNUJĘ Z ASSISTANCE ☐ <i>(Należy zaznaczyć w celu rezygnacji z przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance)</i>				
OSWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE <i>(tylko dla osób, które wybrały Wariant Ochrony Podstawowy)</i>				
1) Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody otrzymałem/am Warunki Ubezpieczenia Grupowego Assistance w AGA International S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance Medyczne dla Klientów Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. zawartej pomiędzy Open Life Towarzystwo Ubezpie-				

czeń Życie S.A. a AGA International SA Oddział w Polsce na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Ubezpieczenia **Assistance** oraz na zapisy Regulaminu Programu Assistance Medyczne, którego treść została mi wraz z nimi doręczona.

- 2) **Wyrażam zgodę** na udostępnienie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. moich danych osobowych AGA International S.A. Oddział w Polsce, w celu wykonania zobowiązań AGA International S.A. Oddział w Polsce wynikających z Umowy grupowego ubezpieczenia **Assistance** w zakresie: imion, nazwiska, daty urodzenia, numeru PESEL, wariantu ubezpieczenia, wysokości składki oraz daty rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonego.

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:
 - a. 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.
 - b. 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.
 - c. 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:
 - a. 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;
 - b. przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
 - c. wynikach przeprowadzonych konsultacji;
 - d. 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.
- 12) **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