

**Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji
 grupowego ubezpieczenia na życie**

Nr polisy _____
 Wypełnia Centrala Compensy

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

DANE OSOBY UBEZPIECZANEJ: PRACOWNIKA MAŁŻONKA PARTNERA

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia DD-MM-RRRR PESEL _____ Seria i nr dokumentu tożsamości _____ Płeć K M

Obywatelstwo _____ Adres e-mail _____
Adres stały

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____
Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____

UPOSAŻENI NA WYPADEK ŚMIERCI OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia
1. _____	____	_____
2. _____	____	_____
3. _____	____	_____
4. _____	____	_____

UWAGA

Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia powinna zostać opłacona nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia polisy. Blankiety wpłat składek będą dołączone do polisy.
 Przyjmuję do wiadomości, iż indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia nie jest objęte karencją, jeśli pierwsza wniosek wpłynie do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group nie później niż w ciągu pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za daną osobę ostatnią składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego. **W przypadku wpływu wniosku do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group pierwszej składki z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia z opóźnieniem, indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia jest uzależnione od zgody Towarzystwa, a osoba która uzyskała ww. zgodę Towarzystwa objęta zostaje karencją; czas trwania karencji na poszczególne ryzyka ubezpieczeniowe określony jest w OWU i OWDU.**

PROPONOWANA DATA ROZPOCZĘCIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ 01-MM-RRRR

Składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia (zgodnie z wybraną częstotliwością opłacania) _____ zł

Częstotliwość opłacania składki roczna półroczna kwartalna

UWAGI _____

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż z datą złożenia niniejszego wniosku o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia, cofam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej, wyrażoną przeze mnie w deklaracji zgody w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. VIG i potwierdzonej polisą nr GRU _____, co jest równoznaczne z rezygnacją przeze mnie z ochrony ubezpieczeniowej.

Niniejszym wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia, w tym na wysokość sum ubezpieczenia oraz oświadczam, że zapoznałem się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia i odpowiednimi ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych, których indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia dotyczy.

Jednocześnie, będąc Osobą Ubezpieczoną wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.), które udzielały lub będą mi udzielać świadczeń zdrowotnych, celem uzyskania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie w jakichkolwiek dokumentach ubezpieczeniowych wykorzystywanych w wykonywaniu niniejszej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, danych o stanie zdrowia, ustalenia prawa wymienionej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem informacji stanowiących wyniki badań genetycznych.

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych o stanie zdrowia i nałogach, zawartych w niniejszym wniosku oraz w innych dokumentach związanych z zawarciem i obsługą umowy ubezpieczenia.

 data, miejscowość

 podpis Osoby Ubezpieczonej

Zgodnie z art. 23. ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przekazywanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych, takich jak: imiona, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, adres do korespondencji, e-mail i numer telefonu innym podmiotom prawa polskiego powiązanim z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, w celu oferowania przez te podmioty produktów i usług.

 data, miejscowość

 podpis Osoby Ubezpieczonej

INFORMACJE DOTYCZĄCE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP (wypełnia zakład pracy)

Numer polisy grupowej _____

Nazwa i siedziba lub czytelny
 odcisk pieczęci firmowej _____

 pieczęć firmowa Ubezpieczającego

Data przystąpienia do ubezpieczenia grupowego DD-MM-RRRR

Miesiąc, za który opłacono ostatnią
 składkę za ubezpieczenie grupowe MM-RRRR

Data wystąpienia z ubezpieczenia grupowego DD-MM-RRRR

INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP (wypełnia zakład pracy)

Powód ubiegania się o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego przejście na emeryturę rozwiązanie stosunku pracy
 śmierć pracownika urlop bezpłatny urlop wychowawczy służba wojskowa

 data, miejscowość

 pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego

Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 101. poz 926 z późn. zm.) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group informuje, że:

- 1) Administratorem danych, na których przetwarzanie wyraził/a Pan/Pani zgodę jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
- 2) Pani/Pana dane osobowe będą wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczającym.
- 4) Podanie danych osobowych jest dobrowolne.
- 3) Przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.
- 5) Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane, teraz i w przyszłości, podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także jeżeli Pani/Pan wyraził/a na to zgodę, podmiotom, z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

 Administrator danych osobowych