

Składka

Nr polisy:..... Ochrona ubezpieczeniowa od .....(wyp. BENEFIA)

Ubezpieczający:



Data i podpis pracownika BENEFIA TUnŻ S.A.

## DEKLARACJA ZGODY z dnia..... (podać datę wypełnienia deklaracji) na przystąpienie do Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie

Potwierdzam otrzymanie informacji:

- BENEFIA TUnŻ S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą przy ul. Rydygiera 21a w Warszawie informuje, że na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm) jest Administratorem Danych Osobowych.
- Dane są zbierane w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia i korzystaniem z innych usług świadczonych przez towarzystwo oraz mogą być wykorzystywane do celów związanych z działalnością BENEFIA TUnŻ S.A. Vienna Insurance Group, jak również celów promocyjnych oraz działalności służącej poprawianiu jakości usług. W przypadku przetwarzania zebranych danych osobowych do celów innych niż działalność statutowa BENEFIA TUnŻ S.A. Vienna Insurance Group wymagane będzie uzyskanie uprzedniej zgody.
- Służę Panu/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych jak i ich poprawiania.
- Zebrane dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa ubezpieczeniowego oraz na podstawie umów o powierzenie przetwarzania osobom świadczącym usługi związane z działalnością prowadzoną przez BENEFIA TUnŻ S.A. Vienna Insurance Group
- Wszystkie dane podawane są przez Pana/Panią na zasadzie dobrowolności, jednakże ich podanie jest niezbędne do zawarcia umowy.

Tel.

e-mail:

Podpis Ubezpieczonego

### I. Ubezpieczony

Nazwisko:

Imiona:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

PESEL

D D / M M / R R R R

Adres:

ulica

nr domu

nr mieszkania

kod pocztowy

miejscowość

### II. Dane o najbliższej rodzinie Ubezpieczonego

Członek rodziny Ubezpieczonego	Nazwisko i imię	PESEL lub data urodzenia
Współmałżonek		
Dzieci		
Matka/Macocha		
Ojciec/Ojczym		
Matka/Macocha współmałżonka		
Ojciec/Ojczym współmałżonka		

### III. Uprawnieni

Lp.	Nazwa i imię	Adres	Data i miejsce ur.	PESEL	Udział %
1.					
2.					
3.					

100%

W związku z art.23 ust.1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 1997, nr 133, poz. 883 z późn. zm.) podaję dobrowolnie swoje dane osobowe w rozumieniu art. 6 powołanej ustawy, niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia i wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przez mnie danych przez BENEFIA TUnŻ S.A. w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych.

Zgodnie z art.23 ust.1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 1997, nr 133, poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przez mnie danych przez BENEFIA TUnŻ S.A. w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych w celu poprawienia jakości usług oraz promocji Towarzystwa.

Tak

Nie

Podpis Ubezpieczonego

Podpis Ubezpieczonego

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Rodzinnego Grupowego Ubezpieczenia na Życie znajdują się u przedstawiciela grupy KFU WERSAL i są udostępnione na stronie internetowej.

**Informuję, że zapoznałem (am) się z warunkami ogólnymi ubezpieczenia Rodzinnego Grupowego na Życie zawieranego z BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (OWU) znajdującymi się na stronie internetowej [www.wersal.info](http://www.wersal.info).**

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....

Ja niżej podpisany oświadczam że (\*/ właściwie zakreślić „x”):

TAK NIE

Czy jest Pan(i) inwalidą

Czy przebywał Pan(i) w ciągu ostatnich 12 miesięcy na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub wypadku) dłużej niż 30 kolejnych dni.

Czy Pana(i) stan zdrowia, za wyjątkiem profilaktyki zdrowotnej, wymaga regularnego nadzoru lub leczenia.

Jeżeli w „Oświadczeniu o stanie zdrowia” wystąpi odpowiedź TAK na któreś z zadanych 3 pytań, należy wypełnić formularz : PYTANIA DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA UBEZPIECZONEGO

**W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej mojego stanu zdrowia.**

**Przeczytałem /am/ i potwierdzam powyższe oświadczenie**

---

Podpis ubezpieczonego