

UBEZPIECZAJĄCY:	FORUM GRUP ZAWODOWYCH	Numer Deklaracji zgody:
------------------------	------------------------------	-------------------------

Osoba wypełniająca Deklarację zgody:	<input type="checkbox"/> Pracownik	<input type="checkbox"/> Małżonek	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> 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)
 Szczegółowe informacje dotyczące dostępnych Wariantów ochrony oraz Wariantów Dodatkowych są określone w Umowie ubezpieczenia.

Wariant Ochrony Podstawowy*:	Składka miesięczna za wybrany Wariant ochrony (podstawowy)*:
-------------------------------------	---

DANE PARTNERA:

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).

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* (Pola obligatoryjne, wypełniane przez Pracownika w przypadku gdy Deklarację zgody składa Małżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko)

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 MEDYCZNEGO (Należy zaznaczyć w celu rezygnacji z przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance Medyczne)
OSWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNE

- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody otrzymałem/am Warunki Ubezpieczenia Grupowego Assistance w AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 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 Ubezpieczeń Życie S.A. a AWP P&C S.A. 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.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. moich danych osobowych, AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celu wykonania zobowiązań wynikających z Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance w zakresie: imion, nazwiska, daty urodzenia, numeru PESEL, wariantu ubezpieczenia, wysokości składki oraz daty rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonego.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celach związanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

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 r. 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 udostępnianie Open Life TU Życie S.A., przez zakłady ubezpieczeń, a także przez Ubezpieczającego, danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nałogach, w zakresie potrzebnym do:
 - a. oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub
 - b. weryfikacji podanych danych, lub
 - c. ustalenia prawa do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokości tego Świadczenia.
- 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 niniejszej Deklaracji zgody **przebywam** / **nie przebywam** na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum.
- 11) **Oświadczam, że** w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **przebywam** / **nie przebywam** na urlopie macierzyńskim, urlopie bezpłatnym lub urlopie wychowawczym.
- 12) **Oświadczam, że** w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **orzeczono** / **nie orzeczono** wobec mnie niezdolności do pracy.
- 13) **Wyrażam zgodę** / **Nie wyrażam zgody** na udostępnienie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie SA moich danych osobowych Stowarzyszeniu Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie, ul. Aleje Jerozolimskie 47/12, 00-697 Warszawa w zakresie: imion, nazwiska, daty urodzenia, numer PESEL, wariant ubezpieczenia, wysokość składki, daty rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonego, daty zakończenia ochrony Ubezpieczonego.

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

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

Podpis Ubezpieczonego

Podpis osoby uprawnionej

DODATKOWE OŚWIADCZENIA STOWARZYSZENIA FORUM GRUP ZAWODOWYCH

- 1) **Oświadczam**, iż zapoznałem/am się z treścią Statutu dostępnego na stronie internetowej Stowarzyszenia pod adresem www.sfgz.pl i niniejszym **deklaruję** chęć przystąpienia w poczet Członków Wspierających Stowarzyszenia Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie, ul. Aleje Jerozolimskie 47/12, 00-697 Warszawa wpisanego do Rejestru Stowarzyszeń przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego za numerem KRS 0000468913, NIP 7010387932.
- 2) **Akceptacja Regulaminu**
Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem dostępnym pod adresem www.sfgz.pl i akceptuję w całości jego postanowienia. Przyjmuję do wiadomości, iż Regulamin ten stanowi integralną część zawieranych z Użytkownikiem umów o świadczenie usług drogą elektroniczną.
- 3) **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**
 Zostałem / Zostałam poinformowany/a, że w przypadku wyrażenia poniższej zgody mam możliwość jej odwołania w każdym czasie.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie, ul. Aleje Jerozolimskie 47/12, 00-697 Warszawa w zakresie określonym w niniejszej deklaracji zgody, dla potrzeb niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia i przyjęcia mnie w poczet członków Stowarzyszenia oraz wykonywania wszelkich statutowych działań i czynności wobec mnie jako członka Stowarzyszenia włącznie z procedurą wystąpienia ze Stowarzyszenia i rozliczania składek członkowskich, zgodnie z przepisami ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2016 r., poz. 922.).
- 4) **Zgoda na przesyłanie dokumentów w formie elektronicznej**
Oświadczam, iż wyrażam zgodę na prowadzenie ze Stowarzyszeniem FGZ korespondencji w formie elektronicznej, w tym deklaracji wstąpienia do Stowarzyszenia w charakterze członka wspierającego, oraz na otrzymywanie Certyfikatu i dokumentu potwierdzającego wstąpienie do Stowarzyszenia.
- 5) **Zgoda marketingowa**
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na przesyłanie na mój adres e-mail oraz adres korespondencyjny informacji handlowych przez Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie 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).
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na marketing bezpośredni przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. telefon, mail, fax) oraz automatycznych systemów wywołujących przez Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie zgodnie z art. 172 ust. 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku – Prawo telekomunikacyjne (t. j. Dz. U. z 2014 r., poz. 243).
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imiona, nazwisko, numer telefonu, adres email w celach marketingowych przez podmioty wspierające działalność Stowarzyszenia z Grupy WDB Brokerzy Ubezpieczeniowi S.A.: Netins Insurance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na przesyłanie informacji handlowej drogą elektroniczną na mój adres email przez podmioty wspierające działalność Stowarzyszenia z Grupy WDB Brokerzy Ubezpieczeniowi S.A.: Netins Insurance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, 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).
 Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na marketing bezpośredni przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. telefon, mail, fax) oraz automatycznych systemów wywołujących przez podmioty wspierające działalność Stowarzyszenia z Grupy WDB Brokerzy Ubezpieczeniowi S.A.: Netins Insurance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, zgodnie z art. 172 ust. 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku – Prawo telekomunikacyjne (t. j. Dz. U. z 2014 r., poz. 243).
- 6) **Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:**
- Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych będzie przetwarzać moje dane osobowe w celu i w zakresie niezbędnym do przyjęcia mnie w poczet członków Stowarzyszenia oraz wykonywania wszelkich statutowych działań i czynności wobec mnie jako członka włącznie z procedurą wystąpienia ze Stowarzyszenia czy rozliczania składek członkowskich, zgodnie z przepisami ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2016 r., poz. 922.);
 - Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia mnie w poczet członków Stowarzyszenia;
 - administratorem moich danych osobowych jest Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie, ul. Aleje Jerozolimskie 47/12, 00-697 Warszawa wpisane do Rejestru Stowarzyszeń przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego za numerem KRS 0000468913, NIP 7010387932;
 - mam prawo dostępu do treści moich danych, jak również mam prawo żądać ich zmiany lub usunięcia w każdym czasie.

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

Podpis Ubezpieczonego