


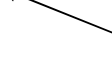
Instrukcja wypełnienia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia .

1. Najpierw wypełniamy oświadczenie:

INFORMACJA OGÓLNA DO DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA	
Nazwisko i imię.....	
Data urodzenia.....	telefon kontaktowy
Ja niżej podpisany oświadczam że:	
<ul style="list-style-type: none">• Nie jestem inwalidą• Nie przebywam i w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub wypadku) dłużej niż 30 kolejnych dni.• Za wyjątkiem profilaktyki zdrowotnej mój stan zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia.	
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.	
_____ Podpis ubezpieczonego potwierdzone adnotacją „Przeczytałem i potwierdzam”	

Jeżeli na wszystkie pytania zawarte w oświadczeniu odpowiedź jest **TWIERDZĄCA** czyli zgodna z zapytaniem , proszę przejść do wypełnienia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

W części pierwszej proszę złożyć **podpis**

 BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.	
Nr polisy:	Ochrona ubezpieczeniowa od (wyp. BENEFIA TUŃZ S.A.)
Ubezpieczający: (pieczęć zakładu pracy)	
Data i podpis pracownika BENEFIA TUŃZ S.A.	
DEKLARACJA ZGODY z dnia na przystąpienie do Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie	
Potwierdzam otrzymanie informacji:	
<ol style="list-style-type: none">1. BENEFIA TUŃZ S.A. z siedzibą przy ul. Puławskiej 405 w Warszawie informuje, że na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. nr 133, poz. 883 z późn. zm.) jest Administratorem Danych Osobowych.2. 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 TUŃZ S.A., jak również do celów promocyjnych oraz działalności służącej poprawianiu jakości usług. W przypadku przetwarzania zebranych danych osobowych do celów innych niż działalność statutowa BENEFIA TUŃZ S.A. wymagane będzie uzyskanie uprzedniej zgody.3. Służę Panu/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych jak i ich poprawiania.4. 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 TUŃZ S.A.5. Wszystkie dane podawane są przez Pana/Panią na zasadzie dobrowolności, jednakże ich podanie jest niezbędne do zawarcia umowy.	
I. Ubezpieczonny _____	Podpis Ubezpieczonego
	 PODPIS

w części I Ubezpieczony

wypełniamy **WSZYSTKIE** pola – **koniecznie** Pesel.

I. Ubezpieczony					
Nazwisko:			Imiona:		
Data urodzenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	D	M	M	R R R R
Miejsce urodzenia:				PESEL:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(ulica)	(nr domu)	(nr mieszkania)	(kod pocztowy)	(miejscowość)
II. Dane o najbliższej rodzinie Ubezpieczonego					

w części II Dane o najbliższej rodzinie Ubezpieczonego

wypełniamy tylko te pola które nas dotyczą - tzn. mamy męża / żonę to wypełniamy dane o współmałżonku.

Mamy dzieci do 25 lat - wypełniamy pola dzieci

Jeśli nas nie dotyczy dana kolumna albo nie mamy danego członka rodziny – nie wypełniamy danych pól.

W polach Pesel –wpisujemy Pesel lub datę urodzenia

II. Dane o najbliższej rodzinie Ubezpieczonego		
Członek rodziny Ubezpieczonego	Nazwisko i imię	PESEL lub data urodzenia
Współmałżonek		<input type="text"/>
Dzieci		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
Matka/Macocha		<input type="text"/>
Ojciec/Ojczym		<input type="text"/>
Matka/Macocha Współm.		<input type="text"/>
Ojciec/Ojczym Współm.		<input type="text"/>
III. Uprawnieni		

w części III Uprawnieni

podajemy dane osoby (osób) które miałyby się zgłosić po świadczenie za zgon ubezpieczonego.

Tytaj **KONIECZNY** jest Pesel !

oraz należy złożyć **DWA** podpisy

III. Uprawnieni					
L.p.	Nazwisko i imię	Adres	Data i miejsce ur.	PESEL	Udział %
1.					
2.					
3.					
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 przeze mnie danych przez BENEFIA TuŹ 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 przeze mnie danych przez BENEFIA TuŹ S.A. w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych w celu poprawienia jakości usług oraz promocji Towarzystwa.		
			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Podpis Ubezpieczonego		Podpis Ubezpieczonego			
PODPISY					

Jeżeli na oświadczeniu (**INFORMACJA OGÓLNA DO DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA**)

Odpowiedź na któreś z pytań nie jest twierdząca należy wypełnić

Formularz:

(PYTANIA DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA UBEZPIECZONEGO)

często znajduje się na drugiej stronie deklaracji zgody i podpisać na dole.

UWAGA:

Druga stronę wypełniamy TYLKO wtedy gdy

(INFORMACJA OGÓLNA DO DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA) zawiera odpowiedź TAK

np.: **JESTEM INWALIDĄ. ! (TAK)**

Oczywiście w każdej sprawie śpieszymy z pomocą.

Serdecznie zapraszamy do skorzystania z naszej oferty ubezpieczeniowej.

Zapewniamy profesjonalną obsługę i szybką wypłatę świadczeń

Z poważaniem

Dyr. Szpakowski Krzysztof

KFU WERSAL

512-070-333 042-681-06-06