

## Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia L4 dedykowanego dla pracowników administracji publicznej

Nazwa Ubezpieczającego

**FORUM GRUP ZAWODOWYCH**  
**Al. Jerozolimskie 47/12**  
**00-697 Warszawa**

Nr polisy  
**A-A 275941**

**Dane Ubezpieczonego**

Nazwisko	Imię

PESEL	Miejsce urodzenia	Data urodzenia

**Adres zamieszkania**

Ulica, nr domu/ nr lokalu	Kod pocztowy, poczta, miejscowość

**Adres korespondencyjny**

Ulica, nr domu/ nr lokalu	Kod pocztowy, poczta, miejscowość

Numer telefonu komórkowego	Adres e-mail

Zawód wykonywany

Deklaruję wybór wariantu:

<input type="checkbox"/> <b>Wariant podstawowy 10,00 zł/mc</b>	<input type="checkbox"/> <b>Wariant rozszerzony 12,00 zł/mc</b>
<input type="checkbox"/> <b>Wariant specjalny +OC 14,00 zł/mc</b>	<input type="checkbox"/> <b>Wariant specjalny +OC 16,00 zł/mc</b>

**Oświadczenia**

Deklaruję chęć przystąpienia w poczet Członków Wspierających Stowarzyszenia Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią Statutu dostępnego na stronie internetowej Stowarzyszenia pod adresem [www.sfgz.pl](http://www.sfgz.pl)

**Akceptacja regulaminu**

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną i regulaminem płatności składki i akceptuję w całości ich postanowienia. Przyjmuję do wiadomości, iż regulaminy te stanowią integralną część zawieranych z Użytkownikiem umów o świadczenie usług drogą elektroniczną.

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przystąpienia do umowy ubezpieczenia i przystąpienia do Stowarzyszenia, zgodnie z przepisami ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

**Zgoda na przysyłanie dokumentów w formie elektronicznej**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na prowadzenie ze Stowarzyszeniem FGZ korespondencji w formie elektronicznej, w tym na złożenie wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia oraz deklaracji wstąpienia do Stowarzyszenia w charakterze członka wspierającego, oraz na otrzymywanie Certyfikatu i dokumentu potwierdzającego wstąpienie do Stowarzyszenia.

**Zgoda i oświadczenie dotyczące umowy ubezpieczenia**

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z warunkami umowy ubezpieczenia oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia zamieszczonymi na stronie internetowej [www.ubezpieczeni4.pl](http://www.ubezpieczeni4.pl) do umowy nr A-A 275941 oraz do umowy nr A-A 264496 wraz z przysługującymi mi prawami, a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczonego i akceptuję w całości ich postanowienia.

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzeciej, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2014 poz. 1182 z późn. zm.), w szczególności o poniższym:

- a) administratorem moich danych osobowych jest InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
  - b) mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.
- Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wniesienia reklamacji w sprawie świadczenia usług przez InterRisk. Można ją wnieść na piśmie za pośrednictwem dowolnej jednostki organizacyjnej InterRisk, za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca, kuriera, lub ustnie, tj. telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt tel. 22 212 20 12 lub osobiście do protokołu w dowolnej jednostce organizacyjnej InterRisk.*
- Jednostka organizacyjna InterRisk, której dotyczy przedmiot skargi udzieli odpowiedzi na reklamację (pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a na wniosek klienta – drogą elektroniczną) w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, termin udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego. Informujemy, że obowiązek podania danych zawartych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2013, poz. 950 z późn. zm.).*

Oświadczam, iż w dniu przystąpienia do ubezpieczenia jestem pracownikiem administracji publicznej. Oświadczam, iż w chwili przystąpienia do ubezpieczenia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim.

**Zgoda marketingowa<sup>1</sup>**

Wyrażam zgodę na przesyłanie na mój adres e-mail oraz adres korespondencyjny ofert handlowych przez Stowarzyszenie FGZ lub podmioty wspierające działalność Stowarzyszenia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie FGZ z siedzibą w Warszawie 00-697, Al. Jerozolimskie 47/12, jako administratora danych osobowych, w celu marketingowym oraz analitycznym, a także w celu przedstawienia mi oferty handlowej Stowarzyszenia lub podmiotów współpracujących ze Stowarzyszeniem

Data	Podpis Ubezpieczonego

<sup>1</sup> W przypadku braku zgody prosimy o skreślenie danego oświadczenia

**Wypełnioną deklarację prosimy przesać drogą e-mail: [biuro@ekupartner.pl](mailto:biuro@ekupartner.pl) (skan, zdjęcie)/ faksem nr 22 628 30 86, bądź na adres naszego biura:**

**EKU Partner Sp. z o.o.**  
**Al. Jerozolimskie 47/13**  
**00-697 Warszawa**