

**Deklaracja przystąpienia do programu ubezpieczenia  
odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy publicznych za rażące naruszenie prawa  
z wstecznym okresem ochrony**

Ja [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] nr PESEL [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

przystępuję do programu ubezpieczenia odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy publicznych za rażące naruszenie prawa, wypracowanego dla Federacji Związków Zawodowych Pracowników Skarbowych na rok 2018/2019 z okresem ochrony **01.01.2019 – 29.02.2020** i dokonuję wyboru niżej zaznaczonej sumy gwarancyjnej:

- |                                                       |                                   |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> suma gwarancyjna 25.000 zł*  | jednorazowa składka roczna 62 zł  |
| <input type="checkbox"/> suma gwarancyjna 50.000 zł*  | jednorazowa składka roczna 124 zł |
| <input type="checkbox"/> suma gwarancyjna 100.000 zł* | jednorazowa składka roczna 191 zł |
| <input type="checkbox"/> suma gwarancyjna 200.000 zł* | jednorazowa składka roczna 320 zł |

\* właściwe zaznaczyć

Adres do korespondencji .....

Tel. .... Zajmowane stanowisko .....

Miejsce zatrudnienia (nazwa i adres urzędu) .....

Adres mailowy (do przesłania certyfikatu) .....

bezwzględnie wymagany do obsługi umowy, prosimy o czytelne wpisanie

Oświadczam, że:

1. Nie posiadam wiedzy o żadnym moim działaniu lub zaniechaniu, które miało miejsce w okresie od 17.05.2011 r. do dnia dzisiejszego, które w przyszłości mogłoby skutkować powstaniem szkody objętej umową ubezpieczenia, do której niniejszym deklaruję chęć przystąpienia.
2. Potwierdzam, że niniejsza umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Otrzymałem (am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z warunkami Umowy Generalnej nr 3/37/FZZPS/2013 zmienionej Aneksami z dn. 07.05.2014r., 25.04.2016r. oraz 10.05.2018r., Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy publicznych za rażące naruszenia prawa zatwierdzonymi uchwałą nr 01/06/03/2018 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 marca 2018 r. ("Ogólne Warunki Ubezpieczenia"), informacją o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości i procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów.
4. Otrzymałem(am) ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Jestem świadomy(ma), że dokument ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
5. Zostałem(am) poinformowany(a), że przysługuje mi prawo składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez InterRisk, zwanych dalej reklamacjami. Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów w następujący sposób: a) w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera albo b) ustnie - telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji lub w ciągu 60 dni w szczególnie skomplikowanych przypadkach. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może być dostarczona za pomocą poczty elektronicznej tylko na wniosek tej osoby.
6. Wyrażam zgodę na udostępnianie - na żądanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group - moich danych osobowych przetwarzanych przez inne zakłady ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
7. Wyrażam zgodę na przesłanie na podany powyżej adres mailowy warunków wznowienia umowy ubezpieczenia (w tym umowy, owu).

#### **Administrator danych osobowych**

Administratorem danych jest InterRisk TU SA Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22 (zwany dalej Administratorem lub InterRisk). Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres email: sekretariat@InterRisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

#### **Inspektor ochrony danych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować - we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych - poprzez email iod@interrisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

#### **Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt b) i pkt

c) oraz art. 9 ust 2 pkt a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r.(Rozporządzenie),  
• ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,  
• ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłatom nienależnych świadczeń (podstawa prawna - art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zapobieganie i ściganie przestępstw popełnianych na jego szkodę,  
• reasekuracji ryzyk (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

#### Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane zakładom reasekuracji, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu dochodzenia należności, agencjom marketingowym, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom świadczącym usługi w zakresie likwidacji szkód, podmiotom archiwizującym lub usuwającym dane – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

#### Przekazywanie danych poza EOG

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom znajdującym się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

#### Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora),
- wycofania zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych (w zakresie w jakim podstawą przetwarzania tych danych jest zgoda); wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem; wycofanie zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji w celu marketingu bezpośredniego, nie oznacza sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego,
- przenoszenia danych osobowych (w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i przetwarzanie to odbywa się na podstawie zgody lub na podstawie zawartej z Administratorem umowy, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego); może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.

Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tzn. do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

#### Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia

Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis

---

#### Informacja dla przystępujących do programu ubezpieczenia odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy publicznych

więcej informacji na stronach [www.fzzps.pl](http://www.fzzps.pl) oraz [www.secesja-ubezpieczenia.pl](http://www.secesja-ubezpieczenia.pl)

Chęć przystąpienia i **zgodę na przesłanie warunków** umowy ubezpieczenia w formie elektronicznej osoby **nowo przystępujące** winny zgłosić na adres: [funkcjonariusze@secesja-ubezpieczenia.pl](mailto:funkcjonariusze@secesja-ubezpieczenia.pl). **Przed przesłaniem Deklaracji należy zapoznać się warunkami ubezpieczenia.**

Deklarację należy przesłać:

- najlepiej w formie zeskanowanej na adres mailowy [funkcjonariusze@secesja-ubezpieczenia.pl](mailto:funkcjonariusze@secesja-ubezpieczenia.pl)
- lub na adres: Miejska Agencja Ubezpieczeniowa SECESJA Sp. z o.o., 90-456 Łódź, ul. Piotrkowska 233
- lub faxem na nr 42/637 78 00

Składkę należy wpłacać na konto: 08 1020 3352 0000 1802 0201 8604, w tytule przelewu należy podać **imię i nazwisko**

**UWAGA !!!** Funkcjonariusz zostanie **objęty ochroną ubezpieczeniową** w podanym powyżej okresie pod warunkiem, że **najpóźniej do dnia 29.02.2019 do MAU Secesja Sp. z o.o. wpłynie zarówno Deklaracja, jak i składka** we właściwej wysokości.