

**ZASADY PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW ZUS ORAZ ICH MAŁŻONKÓW,
PARTNERÓW ŻYCIOWYCH I PEŁNOLETNICH DZIECI**

informacja dla Pracownika

Podstawowe dane

Zakres ubezpieczenia	Grupowe Ubezpieczenie na życie dla Pracowników ZUS, Małżonków, Partnerów Życiowych i Pełnoletnich Dzieci pracowników ZUS
Ubezpieczyciel	Compensa T.U. na Życie S.A. VIG
Ubezpieczeni	Pracownicy ZUS oraz ich współmałżonkowie, partnerzy życiowi i pełnoletnie dzieci
Broker	Mentor S.A.
Nr rachunku na wpłatę składek	Indywidualny dla każdej osoby
Okres Ubezpieczenia	Umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres od dnia 1 marca 2020 do 28 lutego 2022. Umowa może zostać przedłużona na zasadach określonych w §6 ust. 7 OWU

W oddziałach ZUS znajduje się osoba obsługująca ubezpieczenie wyznaczona do pomocy w sprawach dotyczących programu grupowego ubezpieczenia. Dodatkowo wszelkich informacji związanych z programem ubezpieczenia udzielają pracownicy brokera Mentor S.A., e-mail: zus@mentor.pl

Szczegółowa oferta grupowego ubezpieczenia na życie w Compensa zamieszczona została na stronie internetowej www.zus.mentor.pl

Zawarcie ubezpieczenia:

- 1) Za pośrednictwem OZP** (osoba obsługująca ubezpieczenie w zakładzie pracy - w danym Oddziale ZUS)

Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wypełnionej deklaracji zgody grupowego ubezpieczenia na życie dostarczonej do osoby obsługującej ubezpieczenie w danym oddziale ZUS (OZP). Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest możliwość potrącenia z wynagrodzenia pracownika składki za ubezpieczenie.

Wraz z deklaracją przystąpienia do ubezpieczenia w Compensa do OZP należy dostarczyć zgodę Pracownika na potrącenie składki za ubezpieczenie z wynagrodzenia pracownika. Dokumenty należy przekazać do OZP najpóźniej do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym rozpocznie się ochrona ubezpieczeniowa, np. przekazanie do OZP dokumentów do 20 czerwca oznacza przystąpienie do ubezpieczenia od 1 lipca.

Przystąpienie do ubezpieczenia małżonka, partnera życiowego i pełnoletnich dzieci

Zawarcie umowy ubezpieczenia dla członka rodziny pracownika ZUS (tj. małżonka, partnera życiowego lub pełnoletnich dzieci) następuje na podstawie wypełnionej przez członka rodziny deklaracji zgody grupowego ubezpieczenia na życie, dostarczonej do osoby obsługującej ubezpieczenie w danym oddziale ZUS (OZP). Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia małżonka, partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka jest przystąpienie do ubezpieczenia Compensa pracownika ZUS i wyrażenie przez niego zgody na dokonywanie potrąceń składki za wskazanych członków rodziny.

Partner życiowy, który składa deklarację zgody Compensa, musi zostać wskazany jako partner na deklaracji zgody ubezpieczonego pracownika ZUS.

Członek rodziny pracownika ZUS (tj. małżonek, partner życiowy lub pełnoletnie dziecko) nie może przystąpić do wariantu z wyższą sumą ubezpieczenia za zgon ubezpieczonego niż w wariantcie wybranym przez pracownika.

wariant	suma ubezpieczenia	miesięczna składka
1	35 000,00 zł	38,50 zł
2	50 000,00 zł	57,90 zł
3	40 000,00 zł	43,40 zł
4	60 000,00 zł	58,40 zł

Pracownik, który zdecyduje się na dokonywanie potrąceń składki za grupowe ubezpieczenie z wynagrodzenia, zobowiązany jest do wypełnienia *wniosku o dokonywanie potrąceń z wynagrodzenia*. **Wniosek o dokonywanie potrąceń składki z wynagrodzenia pracownika, jest dostępny u osoby obsługującej ubezpieczenie (OZP) w danym oddziale ZUS.** Wypełniony dokument należy pozostawić u osoby obsługującej ubezpieczenie (OZP), wraz z deklaracją przystąpienia do Ubezpieczenia. Pracownik składając wniosek o potrącenie składki z wynagrodzenia wpisuje odpowiednią kwotę składki łącznej za siebie oraz ubezpieczanych członków rodziny.

Uposażeni- ubezpieczony może wskazać osobę lub osoby, które w przypadku śmierci otrzymają świadczenie ubezpieczeniowe. Jeżeli wybieramy jedną osobę udział wynosi 100%, jeżeli wybieramy więcej niż jedną osobę należy podzielić udziały, które sumują się do wysokości 100%, np. osoba 1 – udział 60%, osoba 2 – udział 40%. Możemy wskazać również uposażonych zastępczych, oznacza to, że w przypadku, kiedy nie żyje uposażony podstawowy, wypłata świadczenia należna jest wskazanemu uposażonemu zastępczemu.

2) Indywidualnie - za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego Mentor S.A.

Zawarcie umowy ubezpieczenia może również nastąpić na podstawie deklaracji zgody grupowego ubezpieczenia na życie, wypełnionej indywidualnie przez przystępującego do Ubezpieczenia Compensa, dostarczonej bezpośrednio do brokera ubezpieczeniowego Mentor S.A.

Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest zarejestrowanie się na portalu **zus.mentor.pl** a następnie wypełnienie elektronicznego wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia. Każda osoba przystępująca do ubezpieczenia (pracownik ZUS, małżonek, partner, pełnoletnie dziecko) wypełnia na portalu oddzielny wniosek o przystąpienie do ubezpieczenia. Jednak małżonkowie, partnerzy i pełnoletnie dzieci nie muszą rejestrować się na portalu, ponieważ wniosek o zawarcie ubezpieczenia może za nich złożyć pracownik ZUS z poziomu własnego konta. Po złożeniu wniosku należy pobrać i wydrukować wypełnione deklaracje a następnie je podpisać.

Deklarację zgody grupowego ubezpieczenia na życie Compensa, należy przesłać bezpośrednio do Mentor S.A. w nieprzekraczalnym terminie do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym rozpocznie się ochrona ubezpieczeniowa (np. przesłanie dokumentów do Mentor S.A. do 20 czerwca oznacza przystąpienie do ubezpieczenia od 1 lipca). W tym samym terminie do Mentor S.A. musi wpłynąć pierwsza składka za ubezpieczonego na indywidualne konto bankowe, które wydrukuje się razem z deklaracją przystąpienia.

Przystąpienie do ubezpieczenia małżonka, partnera życiowego i pełnoletnich dzieci

Zawarcie umowy ubezpieczenia dla członka rodziny pracownika ZUS (tj. małżonka, partnera życiowego lub pełnoletnich dzieci) następuje na podstawie wypełnionej przez członka rodziny deklaracji zgody grupowego ubezpieczenia na życie, dostarczonej bezpośrednio do brokera ubezpieczeniowego Mentor S.A. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia małżonka, partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka jest przystąpienie do ubezpieczenia Compensa pracownika ZUS.

Partner życiowy, który składa deklarację zgody Compensa, musi zostać wskazany jako partner na deklaracji zgody ubezpieczonego pracownika ZUS.

Członek rodziny pracownika ZUS (tj. małżonek, partner życiowy lub pełnoletnie dziecko) nie może przystąpić do wariantu z wyższą sumą ubezpieczenia za zgon ubezpieczonego niż w wariantcie wybranym przez pracownika.

wariant	suma ubezpieczenia	miesięczna składka
1	35 000,00 zł	38,50 zł
2	50 000,00 zł	57,90 zł
3	40 000,00 zł	43,40 zł
4	60 000,00 zł	58,40 zł

Uposażeni- ubezpieczony może wskazać osobę lub osoby, które w przypadku śmierci otrzymają świadczenie ubezpieczeniowe. Jeżeli wybieramy jedną osobę udział wynosi 100%, jeżeli wybieramy więcej niż jedną osobę należy podzielić udziały, które sumują się do wysokości 100%, np. osoba 1 – udział 60%, osoba 2 – udział 40%. Możemy wskazać również uposażonych zastępczych, oznacza to, że w przypadku, kiedy nie żyje uposażony podstawowy, wypłata świadczenia należna jest wskazanemu uposażonemu zastępczemu.

Wszelkich informacji w zakresie indywidualnego przystąpienia do ubezpieczenia udzielają:

- 1) Anna Misiuda +48 609 790 357 e-mail: anna.leszczyniecka@mentor.pl
- 2) Anna Lewandowska +48 56 669 32 63 e-mail: anna.lewandowska@mentor.pl
- 3) Anna Przekwas +48 56 669 32 41 e-mail: anna.przekwas@mentor.pl

Rezygnacja z ubezpieczenia PZU

Każda osoba, która przystępuje do grupowego ubezpieczenia na życie w Compensa i decyduje się na wystąpienie z grupowego ubezpieczenia na życie zawartego w PZU, proszona jest o złożenie **u OZP (obsługującej ubezpieczenie w PZU i Compensa)** pisemnej *rezygnacji z ubezpieczenia* PZU. Kopia dokumentu zostanie przekazana wraz z deklaracją przystąpienia do nowego Ubezpieczyciela – Compensa. **Załącznik 2 dotyczący rezygnacji z ubezpieczenia PZU umieszczony został na stronie www.zus.mentor.pl.**

Pracownik przystępujący do ubezpieczenia Compensa z dniem odpowiedzialności od 01.11.2020, który nie zrezygnuje z grupowego ubezpieczenia na życie w PZU - objęty zostaje karencjami zgodnie z OWU.

Rezygnacja z ubezpieczenia Compensa

Z ubezpieczenia Compensa można wystąpić w każdej chwili składając u osoby obsługującej ubezpieczenie (OZP) pisemną rezygnację. Rezygnacja złożona do 20 dnia danego miesiąca skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z 1 dniem kolejnego miesiąca, np. złożenie rezygnacji do 20 czerwca oznacza wystąpienie z ubezpieczenia z dniem 1 lipca. W przypadku indywidualnego przystąpienia do ubezpieczenia (z pominięciem OZP) pisemną rezygnację z ubezpieczenia należy przesłać w terminie do 20 dnia poprzedzającego miesiąc dokonania zmiany bezpośrednio do Mentor S.A.

Zmiana wariantu

Zmiana wariantu jest możliwa **wyłącznie w rocznicę polisy** tj. 1 marca. W przypadku chęci zmiany wariantu należy spisać nową deklarację z adnotacją „ZMIANA” i dostarczyć ją do osoby obsługującej ubezpieczenie w danym oddziale ZUS do 20 lutego. W przypadku indywidualnego przystąpienia do ubezpieczenia (z pominięciem OZP) deklarację z adnotacją „ZMIANA” należy przesłać do 20 lutego, bezpośrednio do Mentor S.A., np. przesłanie deklaracji do Mentor S.A. do 20 lutego oznacza zmianę wariantu od 1 marca.

Co zrobić w przypadku zmiany danych osobowych zawartych w deklaracji?

W przypadku zmiany danych osobowo-adresowych (nazwiska, adresu zamieszkania lub danych osób uposażonych) należy spisać nową deklarację z adnotacją „ZMIANA” i dostarczyć ją do osoby obsługującej ubezpieczenie w danym oddziale ZUS. W przypadku indywidualnego przystąpienia do ubezpieczenia (z pominięciem OZP) deklarację z adnotacją „ZMIANA” należy przesłać do 20 dnia danego miesiąca poprzedzającego miesiąc wprowadzenia zmian, bezpośrednio do Mentor S.A., np. przesłanie deklaracji do Mentor S.A. do 20 czerwca oznacza zmianę danych od 1 lipca.

Załącznik 1

Imię:....., dnia.....
Nazwisko:
PESEL:

Centrala/Oddział
.....

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ Z WYNAGRODZENIA

Niniejszym wnoszę o comiesięczne dokonywanie potrąceń z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy, składki (składek) ubezpieczeniowej (ubezpieczeniowych) z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia Compensa TU na Życie (suma składek): kwota: zł (słownie:.....złotych.....groszy) i przekazywanie w/wym. kwoty na niżej podany rachunek bankowy:

MENTOR S.A.
ul. Szosa Chełmińska 177-181
87-100 Toruń
Nr rachunku 39 1090 0004 6886 0000 0000 0500

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

.....
Data i podpis pracownika

Załącznik 2

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA*

I. Dane Ubezpieczonego:

Imię	
Nazwisko	
Oddział ZUS	
Data urodzenia	

II. Dane dotyczące ubezpieczenia

Ubezpieczenie na życie

Zakład Ubezpieczeń, np. PZU Życie	
Nr polisy	
Składka	

Opieka medyczna „Zdrowie” w PZU Życie**

Wariant Komfort	
Wariant Komfort Plus	
Wariant Optimum	

**w przypadku braku posiadania opieki medycznej proszę wstawić przekreślenie przy wskazanych wariantach

III. Oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z grupowego ubezpieczenia na życie wskazanego powyżej, w związku z czym zwracam się z wnioskiem do pracodawcy o zaprzestanie potrącania składek z mojego wynagrodzenia z dniem

.....
Data i miejscowość

.....
podpis

*Dotyczy wyłącznie osób dotychczas ubezpieczonych

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZGODY NA DORĘCZENIE WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA NA TRWAŁYM NOŚNIKU

Wyrażam zgodę na doręczenie mi ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednich ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych oraz Umowy ubezpieczenia grupowego, której stronami są Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i ... Nazwa i siedziba ubezpieczającego

data przed początkiem odpowiedzialności

JAN KOWALSKI

Podpis Jana Kowalskiego

Data, miejscowość

imię i nazwisko osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

podpis osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie (04/2019)



Pracownik Małżonek Partner Pełnoletnie dziecko

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

NR POLISY / WNIOSKU

WZÓR WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ PRACOWNIKA

RDS

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej UZUPEŁNIĆ

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię KOWALSKI JAN

Data urodzenia 01 01 1999 PESEL 90010102030 Seria i numer dokumentu tożsamości ABC123456 Płeć K X

Obywatelstwo POLSKIE E-mail JAN.KOWALSKI@MAIL.COM

Adres zamieszkania UL. MARSZAŁKOWSKA 3, 02-324 WARSZAWA

Adres do korespondencji

Nr tel. 500100500 Zawód wykonywany pracownik biurowy

Czy był Pan/Pani ubezpieczony/a w grupowym ubezpieczeniu na życie dedykowanemu pracownikom ZUS? TAK NIE

Okres poprzedniego ubezpieczenia: od DD-MM-RRRR do DD-MM-RRRR

Nazwa poprzedniego Towarzystwa Ubezpieczeń

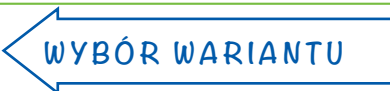


UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stoień pokrewieństwa
1. NOWAK ANNA	100	99020203040	PARTNERKA
2. KOWALSKA BARBARA - uposażony zastępczy	100	74030304050	MATKA
3.			
4.			

SKŁADKA

WARIANT 1 – 38,50 zł WARIANT 2 – 57,90 zł, WARIANT 3 – 43,40 zł, WARIANT 4 – 58,40 zł



DANE PRACOWNIKA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY DO UMOWY UBEZPIECZENIA PRZYSTĘPUJE MAŁŻONEK* / PARTNER* / PEŁNOLETNIE DZIECKO*)

NIE DOTYCZY W PRZYPADKU WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ PRACOWNIKA

Nazwisko i imię Pracownika

PESEL Pracownika Data zawarcia związku małżeńskiego

Wyrażam zgodę na potrącanie Składek... Oświadczam**, że pozostaję z osobą zgłaszaną przez... w związku... stałym związku partnerskim* (definicja Partnera zgodnie z zapisami SIWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

Data miejscowość podpis Pracownika

DANE PARTNERA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY PRACOWNIK NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM I DO UMOWY UBEZPIECZENIA NIE PRZYSTĘPUJE JEGO PARTNER JAKO OSOBA UBEZPIECZONA ORAZ W ZAKRESIE UMOWY UBEZPIECZENIA WYSTĘPUJĄ RYZYKA RODZINNE DOTYCZĄCE MAŁŻONKA)

Nazwisko i imię Partnera NOWAK ANNA

PESEL Partnera 99020203040

* Niepotrzebne skreślić. ** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZGODY NA DORECZENIE WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA NA TRWAŁYM NOŚNIKU

Wyrażam zgodę na doręczenie mi ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednich ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych oraz Umowy ubezpieczenia grupowego, której stronami są Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i ... Nazwa i siedziba ubezpieczającego, na trwałym nośniku w postaci płyty kompaktowej.

data przed początkiem odpowiedzialności

Anna Nowak

PODPIS ANNY NOWAK

Data, miejscowość

imię i nazwisko osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

podpis osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie (04/2019)

Pracownik Małżonek Partner Pełnoletnie dziecko



WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

WZÓR WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ CZŁONKA RODZINY

NR POLISY / WNIOSKU _____

RDS _____

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej UZUPEŁNIĆ

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię NOWAK ANNA

Data urodzenia 02.02.1999, PESEL 99020203040, Seria i numer dokumentu tożsamości BCD345678, Płeć M F

Obywatelstwo POLSKIE, E-mail ANNA.NOWAKI@MAIL.COM

Adres zamieszkania UL. MARSZAŁKOWSKA 3, 02-324 WARSZAWA

Adres do korespondencji _____

Nr tel. 500200300, Zawód wykonywany NAUCZYCIEL

Czy był Pan/Pani ubezpieczony/a w grupowym ubezpieczeniu na życie dedykowanemu pracownikom ZUS? TAK NIE

Okres poprzedniego ubezpieczenia: od DD-MM-R,RR,R, do DD-MM-R,RR,R

Nazwa poprzedniego Towarzystwa Ubezpieczeń _____

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. <u>KOWALSKI JAN</u>	<u>100</u>	<u>99010102030</u>	<u>PARTNER</u>
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

SKŁADKA

WARIANT 1 – 38,50 zł WARIANT 2 – 57,90 zł, WARIANT 3 – 43,40 zł, WARIANT 4 – 58,40 zł

WYBÓR WARIANTU

DANE PRACOWNIKA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY DO UMOWY UBEZPIECZENIA PRZYSTĘPUJE MAŁŻONEK* / PARTNER* / PEŁNOLETNIE DZIECKO*)

Nazwisko i imię Pracownika KOWALSKI JAN

PESEL Pracownika 99010102030, Data zawarcia związku małżeńskiego DD-MM-R,RR,R

Wyrażam zgodę na potrącanie Składki z tytułu ubezpieczenia zgłaszanej przeze mnie osoby ubezpieczanej z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia).
Oświadczam**, że pozostaję z osobą zgłaszaną przeze mnie do Umowy ubezpieczenia: w związku małżeńskim* / stałym związku partnerskim* (definicja Partnera zgodnie z zapisami SIWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

data przed początkiem odpowiedzialności

WARSZAWA

PODPIS JANA KOWALSKIEGO

Data _____, miejscowość _____

podpis Pracownika _____

DANE PARTNERA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY PRACOWNIK NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM I DO UMOWY UBEZPIECZENIA NIE PRZYSTĘPUJE JEGO PARTNER JAKO OSOBA UBEZPIECZONA ORAZ W ZAKRESIE UMOWY UBEZPIECZENIA WYSTĘPUJĄ RYZYKA RODZINNE DOTYCZĄCE MAŁŻONKA)

NIE DOTYCZY W PRZYPADKU WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ CZŁONKA RODZINY

Nazwisko i imię Partnera _____

PESEL Partnera _____

* Niepotrzebne skreślić
** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

