

UBEZPIECZENIE GRUPOWE
DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA / ZMIANY

Seria i numer polisy:

	Polisa	Składka (zł)
<input type="checkbox"/>	EP31723	60,00
<input type="checkbox"/>	EP31724	75,00
<input type="checkbox"/>	EP31725	95,00

A. Ubezpieczający:

B. Dane Ubezpiezonego:

Imiona	Nazwisko		
PESEL	Rodzaj dokumentu tożsamości*	Seria i nr dokumentu*	Obywatelstwo
Data urodzenia	Zawód wykonywany	Data zatrudnienia	
Telefon komórkowy	E-mail		

*Wypełnić tylko w przypadku, gdy deklaracja składana jest przez osobę nie posiadającą obywatelstwa polskiego

C. Adres korespondencyjny:

Ulica	Nr domu	Nr mieszkania	
Kod pocztowy	Poczta	Miejscowość	Kraj

D. Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpiezonego:

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
RAZEM 100%			

* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia (RRRR-MM-DD)

E. Oświadczenia ubezpieczonego:
I. OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:

- a)nie przebywam na zwolnieniu lekarskim oraz w ciągu ostatniego roku licząc od daty podpisywania niniejszej deklaracji nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, za wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczy/dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyn dolnych i górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dolnych górnych, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków oraz zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka),
- b)nie przebywam w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo – leczniczym i innej podobnej placówce,
- c)nie posiadam orzeczenia o niezdolności do pracy, służby, uprawnienia do otrzymywania świadczenia rehabilitacyjnego, orzeczenia o niepełnosprawności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- d)Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie chorowałem/am, nie choruję, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych wymienionych jednostek: nowotwór, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu lub przejściowe niedokrwienie mózgu, niewydolność wątroby, choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne, zaburzenie nerwicowe, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków).

Powyższe oświadczenie nie dotyczy osób, które bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej umowy ubezpieczenia były objęte ochroną w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z TUnŻ WARTA S.A., potwierdzonej polisą nr: EP_31658 albo EP_31659 albo EP_31660 albo EP_31661 albo EP_31662 albo EP_31663 albo EP_31664 albo EP_31665 albo EP_31668 albo EP_31669 albo EP_31670 albo EP_31671 albo EP_31672 albo EP_31673 albo EP_31674 albo EP_31675 albo EP_31676 albo EP_31677 albo EP_31678 albo EP_31679 albo EP_31700 albo EP_31701 albo EP_31702 albo EP_31703 albo EP_31704 albo EP_31705 albo EP_31706 albo EP_31707 albo EP_31708 albo EP_31709 albo EP_31710 albo EP_31711 albo EP_31712 albo EP_31713 albo EP_31714 albo EP_31715 albo EP_31716 albo EP_31717 albo EP_31718 albo EP_31719 albo EP_31720 albo EP_31721 albo EP_31722

II. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ:

- Przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, otrzymałem/am i zapoznałem/am się z treścią warunków umowy, na podstawie których objęty/a został/a ochroną ubezpieczeniową, w tym z wysokością sumy ubezpieczenia. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia na trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość w szczególności na podany przeze mnie adres e-mail.
- Niniejszym upoważniam TUnŻ „WARTA” S.A. do uznania wskazanych powyżej przeze mnie danych kontaktowych za dane kontaktowe we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na mój rachunek z TUnŻ „WARTA” S.A.

F. Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym:

Wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim w dniu wypełnienia deklaracji i wskazuje Partnera jako osobę, z którą pozostaje w związku nieformalnym.

Oświadczenie Ubezpieczonego o pozostawaniu w związku nieformalnym:

Ja niżej podpisany oświadczam, że pozostaję w związku nieformalnym z Panem/Panią:

Imię i nazwisko	Numer PESEL
-----------------	-------------

Jednocześnie informuję, że wskazana osoba nie jest ze mną spokrewniona, prowadzimy wspólne gospodarstwo domowe i nie pozostaję w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

G. Oświadczenie dotyczące możliwości występowania do podmiotów udzielających świadczeń leczniczych:

- Wyrażam zgodę na występowanie przez TUnŻ „WARTA” S.A., do: podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej, związanej z moim leczeniem oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności, w celu i w zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia, do której przystępuję na podstawie niniejszej deklaracji przystąpienia (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
- Wyrażam zgodę na udzielanie TUnŻ „WARTA” S.A. informacji dotyczących odbytej wizyty lub spełnienia innej usługi z zakresu świadczeń assistance w ramach umowy ubezpieczenia przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w celu i w zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia, zawartej na rachunek Ubezpieczonego (w tym ustalenia prawa do wypłaty świadczenia).

 Data podpisania

 podpis Ubezpieczonego

H. KLAUZULE MARKETINGOWE:

Wyrażenie nw. zgód jest dobrowolne. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Wyrażam zgodę:*	* Brak zaznaczenia powoduje brak wyrażenia zgody.
<input type="checkbox"/>	1. Na otrzymywanie od TUnŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUnŻ „WARTA” S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. drogą elektroniczną (poprzez e-mail, sms/mms).
<input type="checkbox"/>	2. Na otrzymywanie od TUnŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUnŻ „WARTA” S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. drogą telefoniczną (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

I. Klauzule informacyjne:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TUnŻ "WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa. Przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe głównie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, realizacji umowy ubezpieczenia, likwidacji szkód, marketingu, analiz biznesowych oraz realizacji obowiązków do których zobowiązuje nas prawo.

Jeśli TUnŻ „WARTA” S.A. uzyskało od Pani/Pana zgodę na przetwarzanie danych osobowych to ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Jednym z przysługujących Pani/Panu praw jest prawo do wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez TUnŻ „WARTA” S.A., w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez TUnŻ „WARTA” S.A. W przypadku jakichkolwiek pytań, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z inspektorem ochrony danych pod adresem OD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby TUnŻ „WARTA” S.A. podanym powyżej.

TUnŻ „WARTA” S.A. dba o Pani/Pana dane osobowe, przetwarza je zgodnie z przepisami prawa i starannością. Szczegóły w tym informacje o wszystkich przysługujących prawach i zasadach przetwarzania danych przez TUnŻ „WARTA” S.A. znajdują się w załączonych „Klauzulach dotyczących przetwarzania danych osobowych”, a także na stronie internetowej pod adresem: www.warta.pl.

Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.

Skargi, zażalenia, w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ "WARTA" S.A. w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1, a ponadto w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje, telefonicznie pod nr 502 308 308 oraz w każdej jednostce TUnŻ "WARTA" S.A. na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu. TUnŻ "WARTA" S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie, reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl. TUnŻ "WARTA" S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:

- a) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
- b) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

Data podpisania

podpis Ubezpieczonego