warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

UBEZPIECZENIE GRUPOWE
DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA/ZMIANY

Nazwa lub pieczątka ubezpieczającego

Zaznaczyć jedno z poniższych:

- [X] Pracownik
- [ ] Partner Pracownika
- [ ] Małżonek Pracownika
- [ ] Pełnoletnie Dziecko Pracownika

A.* [X] Dane ubezpieczonego [ ] **Zmiana danych ubezpieczonego**

Imiona: JAN

Nazwisko: NOWAK

Data urodzenia: 01-02-1960 PESEL: 60020112345 Seria i nr dowodu osobistego: ABC123456

Obywatelstwo: POLSKIE Telefon kontaktowy: 123-456-789 E-mail: MAIL@MAIL.PL

Zawód wykonywany: INSTRUKTOR NAUKI JAZDY Data zatrudnienia: 12-12-2010

B.* [X] Adres do korespondencji [ ] **Zmiana adresu do korespondencji**

Ulica: POLSKA Nr domu: 1 Nr mieszkania: 2

Miejscowość: WARSZAWA Kod pocztowy: 00-123

C.* [X] Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego
[ ] **Zmiana danych uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego**

Poniższe wskazania osób dotyczą polis:

Imię i nazwisko / nazwa	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL / REGON	% świadczenia
ANNA NOWAK	02-04-1970	70040212345	60%
MARIA NOWAK	03-05-1990	90050312345	40%
			RAZEM 100%

* zaznaczyć jedno właściwe pole

Wysokość należnej składki: ___,__

D. Oświadczenia

I. OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym i innych podobnych placówkach oraz nie posiadam uprawnień do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych oraz nie jestem uznana/y za niezdolną/ego do pracy orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

II. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadoma/y, że w przypadku zatajenia lub podania przeze mnie nieprawdziwych informacji Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87 zwane dalej TUnŻ „WARTA" S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez obowiązujące przepisy prawa.
2. Przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej otrzymałem/am i zapoznałem/am się z treścią warunków umowy, na podstawie których zostanie zawarta umowa na mój rachunek, w tym z wysokością sumy ubezpieczenia.
3. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
4. Upoważniam ubezpieczającego do odbierania w moim imieniu wszelkich oświadczeń i informacji, do których przekazywania ubezpieczonemu zobowiązany jest ubezpieczyciel w związku z zawarciem, wykonywaniem i zmianą umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszej deklaracji.
5. 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.
6. Niniejszym upoważniam TUnŻ „WARTA" S.A. do uznania wskazanego powyżej przeze mnie adresu korespondencyjnego za adres korespondencyjny we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na moją rzecz z TUnŻ „WARTA" S.A.

Wyrażenie nw. zgód jest dobrowolne lecz konieczne do zawarcia umowy. **Brak wyrażenia którejkolwiek z poniższych zgód spowoduje brak możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia.**

[ ] Wyrażam zgodę / [ ] Nie wyrażam zgody* na:

1. Przetwarzanie przez TUnŻ „WARTA" S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia. Dane będą pochodziły ze złożonych dokumentów i oświadczeń oraz od podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń zdrowotnych, Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane będą przetwarzane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia.
   Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodę można odwołać kontaktując się z TUnŻ „WARTA" S.A. za pośrednictwem adresu e-mail: iod@warta.pl lub przesyłając pismo na adres TUnŻ „WARTA" S.A.
2. Przetwarzanie przez TUnŻ „WARTA" S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w oparciu o profilowanie w sposób zautomatyzowany i podejmowanie zautomatyzowanych decyzji. Oznacza to, że decyzje dotyczące wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia będą podejmowane przez system informatyczny, bez wpływu człowieka. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych o stanie zdrowia znajdujących się w składanych przeze mnie dokumentach i oświadczeniach. Dla przykładu, niektóre choroby mogą wiązać się z wyższym ryzykiem zgonu i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa lub możemy odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez człowieka.
   Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodę można odwołać kontaktując się z TUnŻ „WARTA" S.A. za pośrednictwem adresu e-mail: iod@warta.pl lub przesyłając pismo na adres TUnŻ „WARTA" S.A.
3. Występowanie przez TUnŻ „WARTA" S.A., do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia w celu uzyskania 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 zawartej na podstawie niniejszego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
4. 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 zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na mój rachunek (w tym ustalenia prawa do wypłaty świadczenia).

* Prosimy zaznaczyć właściwe

02.01.2019 — Data podpisu

Jan Nowak — Czytelny podpis Ubezpieczonego

III. KLAUZULE MARKETINGOWE

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.

1. Wyrażam zgodę [ ] /Nie wyrażam zgody* [ ] na przetwarzanie po rozwiązaniu umowy moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, dane kontaktowe, historia polisowa i historia szkodowości przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż przez okres 3 lat po zakończeniu trwania umowy lub do cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzania danych osobowych w tym celu.
2. Wyrażam zgodę [ ] /Nie wyrażam zgody* [ ] na otrzymywanie od TUnŻ „WARTA" S.A. informacji handlowo-marketingowych, wybierając jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (e-mail, sms).
3. Wyrażam zgodę [ ] /Nie wyrażam zgody* [ ] na otrzymywanie od TUnŻ „WARTA" S.A. informacji handlowo-marketingowych z użyciem automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
4. Wyrażam zgodę [ ] /Nie wyrażam zgody* [ ] na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, dane kontaktowe, historia polisowa i historia szkodowości przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 lat od daty wyrażenia zgody lub do cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzania danych osobowych w tym celu. Powyżej wskazane dane zostaną udostępnione przez administratora danych temu podmiotowi.
   Poniższe klauzule są uzależnione od wyrażenia zgody na klauzulę określoną w pkt. 4. TUnŻ „WARTA" S.A. może wykorzystać wyrażone poniżej zgody tylko, jeżeli wyrazi Pani/Pan zgodę na klauzulę określoną w pkt 4.
5. Wyrażam zgodę [ ] /Nie wyrażam zgody* [ ] na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. informacji handlowo-marketingowych, wybierając jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (e-mail, sms).
6. Wyrażam zgodę [ ] /Nie wyrażam zgody* [ ] na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. informacji handlowo-marketingowych z użyciem automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

* Prosimy zaznaczyć właściwe

02.01.2019 — Data podpisu

Jan Nowak — Czytelny podpis Ubezpieczonego

IV. KLAUZULE INFORMACYJNE

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TUnŻ „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87. 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 IOD@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

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez TUnŻ „WARTA" S.A

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).

02. 01. 2018 — Data podpisania

Jan Nowak — Czytelny podpis Ubezpieczonego

E.* ☐ Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym ☐ Zmiana oświadczenia 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:

Oświadczam, że pozostaję w związku nieformalnym z Panem/Panią (imię i nazwisko).....

PESEL.....

Jednocześnie informuję, że wskazana osoba nie jest ze mną spokrewniona i prowadzimy wspólne gospodarstwo domowe.

Oświadczenie Partnera ubezpieczonego o pozostawaniu w związku nieformalnym:

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie pozostaję w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Oświadczam, że prowadzę z ww. ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87 (dalej TUnŻ „WARTA" S.A.). 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 IOD@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

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez TUnŻ „WARTA" S.A.

Wyrażenie nw. zgód jest dobrowolne lecz konieczne do zawarcia umowy. **Brak wyrażenia którejkolwiek z poniższych zgód spowoduje brak możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia.**

☐ Wyrażam zgodę / ☐ Nie wyrażam zgody* na:

1. Przetwarzanie przez TUnŻ „WARTA" S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia. Dane będą pochodziły ze złożonych dokumentów i oświadczeń oraz od podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń zdrowotnych, Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane będą przetwarzane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia.
   Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodę można odwołać kontaktując się z TUnŻ „WARTA" S.A. za pośrednictwem adresu e-mail: iod@warta.pl lub przesyłając pismo na adres TUnŻ „WARTA" S.A.
2. Przetwarzanie przez TUnŻ „WARTA" S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w oparciu o profilowanie w sposób zautomatyzowany i podejmowanie zautomatyzowanych decyzji. Oznacza to, że decyzje dotyczące wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia będą podejmowane przez system informatyczny, bez wpływu człowieka. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych o stanie zdrowia znajdujących się w składanych przeze mnie dokumentach i oświadczeniach. Dla przykładu, niektóre choroby mogą wiązać się z wyższym ryzykiem zgonu i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa lub możemy odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez człowieka.
   Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodę można odwołać kontaktując się z TUnŻ „WARTA" S.A. za pośrednictwem adresu e-mail: iod@warta.pl lub przesyłając pismo na adres TUnŻ „WARTA" S.A.
3. Występowanie przez TUnŻ „WARTA" S.A., do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia w celu uzyskania 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 zawartej na podstawie niniejszego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
4. 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 zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na mój rachunek (w tym ustalenia prawa do wypłaty świadczenia).

Data i czytelny podpis Partnera ubezpieczonego

Czytelny podpis Ubezpieczonego

F.* Dane Pracownika

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, wskazanej w części A niniejszej deklaracji.

***wypełnić w przypadku, gdy deklaracja wypełniana jest przez Małżonka, Pełnoletnie Dziecko lub Partnera Pracownika.**

Imię i nazwisko Pracownika | Numer PESEL Pracownika | Data podpisania | Czytelny podpis Pracownika

Data, pieczątka i podpis osoby przyjmującej deklarację (przedstawiciel TUnŻ „WARTA" S.A.)

Czytelny podpis Ubezpieczonego

G*. Oświadczenie dotyczące osób przystępujących do Programu „GRUPY OTWARTE":

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:

a) nie przebywam 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, uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych, orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Data podpisania

Czytelny podpis Ubezpieczonego