

UBEZPIECZENIE GRUPOWE

DEKLARACJA UCZESTNICTWA/ZMIANY

Zaznaczyć jedno z poniższych:

- Pracownik: umowa o pracę lub kontrakt menedżerski
- Pracownik: inna umowa (w tym zlecenie, o dzieło)
- Małżonek Pracownika
- Partner Pracownika
- Pełnoletnie Dziecko Pracownika

Nazwa lub pieczęćka ubezpieczającego

A.* Dane ubezpieczonego Zmiana danych ubezpieczonego

Imiona _____

Nazwisko _____

Data urodzenia

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 PESEL _____ Seria i nr dowodu osobistego _____

Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

B.* Adres do korespondencji Zmiana adresu do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ - _____

C.* 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
* zaznaczyć jedno właściwe pole			RAZEM 100%

D. Oświadczenia

I. OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA

1. Dotyczy:

a) pracownika, małżonka/partnera, pełnoletniego dziecka - dotychczas ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez ubezpieczającego;
 b) pracownika zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego - dotychczas nieubezpieczonego w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez ubezpieczającego.

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/ny za niezdolną/ego do pracy orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

2. Dotyczy pracownika zatrudnionego na innej podstawie niż umowa o pracę lub kontrakt menedżerski, małżonka/partnera, pełnoletniego dziecka - dotychczas nieubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez ubezpieczającego.

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 lub górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dolnych lub górnych, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków lub zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka);
 b) nie przebywam w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo - leczniczym lub innej podobnej placówce;
 c) nie posiadam orzeczenia o niezdolności do pracy, uprawnień do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych, orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

II. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą oraz że 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.

2. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

3. 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.

4. Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez osobę upoważnioną przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87 (zwane dalej TUŃŻ „WARTA” S.A.) od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem, informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczenia lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, a także informacji zgromadzonych i przetwarzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Powyższe oświadczenie składam w celu umożliwienia TUŃŻ „WARTA” S.A. realizacji uprawnień wynikających z dyspozycji art. 38 ust. 1 i 8 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844), art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 186).

5. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie TUŃŻ „WARTA” S.A. moich danych osobowych, danych o stanie zdrowia przetwarzanych przez każdego innego ubezpieczyciela, w celu i zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszej deklaracji (w tym ustalenie przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).

6. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez TUŃŻ „WARTA” S.A. moich danych o stanie zdrowia i nałogach w zakresie niezbędnym do celów związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz na przekazywanie moich danych osobowych podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUŃŻ „WARTA” S.A., w tym za granicę.

7. Niniejszym upoważniam TUŃŻ „WARTA” S.A. do uznania wskazanego powyżej przeze mnie adresu korespondencyjnego za adres korespondencyjny we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na moją rzecz z TUŃŻ „WARTA” S.A.

8. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia na trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość w szczególności na podanym przeze mnie adres e-mail.

Data podpisu

Podpis Ubezpieczonego

III. KLAUZULE MARKETINGOWE

1. Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody* na przetwarzanie – aktualnie i w przyszłości – w celach marketingowych moich danych osobowych, przez inne podmioty z Grupy Warta, w szczególności przez TUIR „WARTA” S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87.
*Niepotrzebne skreślić
2. Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody* na otrzymywanie – aktualnie i w przyszłości – informacji handlowych dotyczących TUnŻ „WARTA” S.A. i TUIR „WARTA” S.A. drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną.
*Niepotrzebne skreślić
3. Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody* na wykorzystywanie – aktualnie i w przyszłości – dla celów marketingu bezpośredniego TUnŻ „WARTA” S.A. i TUIR „WARTA” S.A. telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (zgodnie z podanymi przeze mnie: numerem telefonu, adresem e-mail) oraz automatycznych systemów wywołujących, zgodnie z ustawą Prawo telekomunikacyjne.
*Niepotrzebne skreślić
4. Podanie danych jest dobrowolne. TUnŻ „WARTA” S.A., jako administrator danych informuje Panią/Pana o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych, marketingowych – aktualnie i w przyszłości oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.

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 posądzowego rozpatrywania sporów jest:

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

Data podpisu

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, również że prowadzę z ww. ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe.

Ponadto akceptuję treść oświadczeń dotyczących objęcia ochroną ubezpieczeniową wskazanych w pkt 5-7 oraz treść klauzuli marketingowej wskazanej w pkt 4 w części D niniejszego formularza.

Data podpisania

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Czytelny podpis Partnera 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, pieczęć i podpis osoby przyjmującej deklarację
(przedstawiciel TUnŻ „WARTA” S.A.)

Numer ewidencyjny pośrednika ubezpieczeniowego

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

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:

- a) nie przebywałem/am 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 przebywałem 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