

UBEZPIECZENIE GRUPOWE

DEKLARACJA UCZESTNICTWA/ZMIANY

Zaznaczyć jedno z poniższych:

- Pracownik Małżonek Pracownika
 Partner Pracownika Pełnoletnie Dziecko Pracownika

Nazwa lub pieczęćka ubezpieczającego

A.* Dane ubezpieczonego Zmiana danych ubezpieczonego

Imiona _____
 Nazwisko _____
 Data urodzenia DD - MM - RRRRRR 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-rrr)	PESEL / REGON	% świadczenia
* zaznaczyć jedno właściwe pole			RAZEM 100%

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

II. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

- 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.
- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
- 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.
- 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 TUnŻ „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 TUnŻ „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).
- Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie TUnŻ „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).
- Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez TUnŻ „WARTA” S.A. moich danych o stanie zdrowia i nalogach w zakresie niezbędnym do celów związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz na przekazywanie moich danych osobowych podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUnŻ „WARTA” S.A., w tym za granicę.
- 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.
- 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.

III. KLAUZULE MARKETINGOWE

- 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
- 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
- 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
- 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.

Data podpisu

Podpis Ubezpieczonego

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, zażeń, 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/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 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, 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 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