

## UBEZPIECZENIE GRUPOWE

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA/ZMIANY PROGRAMU „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

A.\*  Dane Ubezpieczonego  Zmiana danych Ubezpieczonego

Imię/Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia	PESEL	Obywatelstwo	
Seria i nr dokumentu tożsamości	Zawód wykonywany		
E-mail	Telefon kontaktowy		

B.\*  Adres do korespondencji  Zmiana adresu do korespondencji

Ulica		Nr domu	Nr mieszkania	
Kod pocztowy	Miejscowość	Kraj		

C.\*  Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego

Zmiana danych uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego

Imię i nazwisko / Nazwa	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL / REGON	% świadczenia
<b>RAZEM</b>			<b>100%</b>

\* zaznaczyć jedno właściwe pole

#### D. Oświadczenia i podpisy

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji uczestnictwa są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o warunkach umowy ubezpieczenia, na podstawie których zostanie zawarta umowa ubezpieczenia w związku z niniejszą deklaracją uczestnictwa, w tym o wysokości sumy ubezpieczenia, i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach tej umowy.
3. Wyrażam zgodę na występowanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A. z siedzibą przy ul. Chmielnej 85/87, zwane dalej TUnŻ "WARTA" S.A., do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem, w celu i w zakresie potrzebnym dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszej deklaracji (w tym ustalenie przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
4. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie TUnŻ "WARTA" S.A. moich danych osobowych, danych o stanie zdrowia przetwarzanych przez każdego innego ubezpieczyciela, w celu i w 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).
5. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez TUnŻ "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 TUnŻ "WARTA" S.A., w tym za granicę.
6. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez TUnŻ "WARTA" S.A. będące administratorem danych 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.
7. Oświadczam, że  wyrażam zgodę /  nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie-aktualnie i w przyszłości- w celach marketingowych moich danych osobowych, przez podmioty współpracujące z TUnŻ "WARTA" S.A., w tym przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji "WARTA" S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87, zwane dalej TUiR "WARTA" S.A. i podmioty z nim współpracujące.  
\* Prosimy zaznaczyć właściwe
8. Oświadczam, że  wyrażam zgodę /  nie wyrażam zgody\* na przesyłanie mi informacji handlowych w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną przez TUnŻ "WARTA" S.A. oraz podmioty współpracujące z TUnŻ "WARTA" S.A., w tym przez TUiR "WARTA" S.A. i podmioty z nim współpracujące.  
\* Prosimy zaznaczyć właściwe
9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielania mi przez TUnŻ „WARTA” S.A. informacji o ubezpieczeniu, a w szczególności o płatnościach składki na wskazany przeze mnie numer telefonu komórkowego.
10. Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywam oraz w ciągu ostatniego roku licząc od daty podpisywania niniejszej deklaracji nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, nie przebywam w hospicjum lub zakładzie opiekuńczo – leczniczym i innych podobnych placówkach, a także za wyjątkiem profilaktyki zdrowotnej stan mojego zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia.
11. Oświadczam, że w dniu podpisania deklaracji nie posiadam orzeczenia o niezdolności do pracy, uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych, orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
12. Niniejszym upoważniam TUnŻ "WARTA" S.A. do uznania wskazanego przeze mnie adresu korespondencyjnego za adres korespondencyjny we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na moją rzecz z TUnŻ "WARTA" S.A.
13. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zapoznałem/am się z treścią Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których zostanie zawarta umowa ubezpieczenia w związku z niniejszą deklaracją.

Data podpisania

Czytelny podpis Ubezpieczonego