

UBEZPIECZENIE GRUPOWE

DEKLARACJA UCZESTNICTWA/ZMIANY

Zaznaczyć jedno z poniższych:

- Pracownika
- Małżonka Pracownika
- Partnera Pracownika
- Pełnoletniego Dziecka 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
<b>* zaznaczyć jedno właściwe pole</b>			<b>RAZEM 100%</b>

D. Oświadczenia i podpisy

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
2. Oświadczam, że przed dniem zawarcia na moją rzecz umowy ubezpieczenia wyraziłem/am zgodę na zawarcie na moją rzecz umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, co potwierdzam własnoręcznym podpisem na niniejszej deklaracji.
3. Wyrażam zgodę na występowanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A. z siedzibą przy ul. Chmielej 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. Chmielej 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. Na podstawie niniejszej deklaracji wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach każdej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez tego samego ubezpieczającego. Jednocześnie oświadczam, że osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w ramach każdej kolejnej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej na moją rzecz na podstawie niniejszej deklaracji, są osoby wskazane przeze mnie jako uprawnione w ramach pierwszej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej na moją rzecz na podstawie niniejszej deklaracji (według stanu z dnia zawarcia na moją rzecz danej, kolejnej umowy ubezpieczenia), co nie wyłącza uprawnień do zmiany lub odwołania osoby uprawnionej w ramach umowy ubezpieczenia w każdym czasie obowiązywania tej umowy. Oświadczenie niniejsze jest ważne do czasu zmiany lub odwołania.
10. Niniejszym 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.
11. Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym i innych podobnych placówkach.
12. 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.

Data podpisania \_\_\_\_\_

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 do objęcia ochroną ubezpieczeniową 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 klauzul 3-6 w części D niniejszego formularza.**

\_\_\_\_\_  
Data podpisania

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Partnera ubezpieczonego

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego

**F.\* Dane Pracownika**

\*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, pieczęćka i podpis osoby przyjmującej deklarację  
(przedstawiciel TUNŻ "WARTA" S.A.)

\_\_\_\_\_  
Numer ewidencyjny pośrednika ubezpieczeniowego