warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

UBEZPIECZENIE GRUPOWE

DEKLARACJA UCZESTNICTWA/ZMIANY

Nazwa lub pieczątka ubezpieczającego

Zaznaczyć jedno z poniższych:

- ☐ Pracownika
- ☐ Małżonka Pracownika
- ☐ Partnera Pracownika
- ☐ Pełnoletniego Dziecka Pracownika

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-rrr)	PESEL / REGON	% świadczenia
			RAZEM 100%

* zaznaczyć jedno właściwe pole

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

Numer ewidencyjny pośrednika ubezpieczeniowego