warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A.

UBEZPIECZENIE GRUPOWE
DEKLARACJA [X] PRZYSTĄPIENIA / [ ] ZMIANY

Ubezpieczający: **WIELKOPOLSKI ZARZĄD WOJEWÓDZKI ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW POLICJI W POZNANIU**
Seria i numer polisy: **NG0024214**
Numer listy przystąpień/wniosku o zmianę:

Zaznaczyć „X" w zależności od posiadanej przez pracownika umowy

A. Ubezpieczony:

[X] Pracownik: umowa o pracę [X] Pracownik: kontrakt menadżerski [X] Pracownik: inna umowa (w tym zlecenia, o dzieło)

[ ] Małżonek Pracownika [ ] Pełnoletnie dziecko Pracownika [ ] Partner Pracownika

Dane Pracownika
Wypełnić w przypadku, gdy deklaracja wypełniana jest przez Małżonka, Pełnoletnie Dziecko lub Partnera Pracownika

Imię i nazwisko Pracownika | Numer PESEL Pracownika

Zaznaczyć „X" właściwy wybrany przez pracownika wariant

B. Wybór wariantu ubezpieczenia

	Wariant	Cena	Ograniczenia
[X]	Wariant 1	65,00 zł	
[ ]	Wariant 2	79,00 zł	
[ ]	Wariant 3	93,00 zł	
[ ]	Wariant 4	107,00 zł	
[ ]	Wariant 5	121,00 zł	
[ ]	Wariant 6	143,00 zł	Do wariantu mogą przystąpić wyłącznie pracownicy (bez małżonków, partnerów, pełnoletnich dzieci)
[ ]	Wariant 7	165,00 zł	Do wariantu mogą przystąpić wyłącznie pracownicy (bez małżonków, partnerów, pełnoletnich dzieci)
[ ]	Wariant 8	139,00 zł	Do wariantu mogą przystąpić wyłącznie pracownicy (bez małżonków, partnerów, pełnoletnich dzieci)

Zaznaczyć „X" w przypadku wyboru pakietu dodatkowego

Wybór pakietu dodatkowego (w ramach każdego pakietu dodatkowego dopuszczalny tylko jeden wariant pakietu dodatkowego):

Pakiet dodatkowy	Warianty pakietów dodatkowych		
ZDROWIE DZIECKA	[X] 5,00 zł Wariant 101 - ZDROWIE DZIECKA - 5	[ ] 10,00 zł Wariant 102 - ZDROWIE DZIECKA - 10	[ ] 15,00 zł Wariant 103 - ZDROWIE DZIECKA - 15
AKTYWNE DZIECKO	[ ] 5,00 zł Wariant 104 - AKTYWNE DZIECKO - 5	[X] 10,00 zł Wariant 105 - AKTYWNE DZIECKO - 10	[ ] 15,00 zł Wariant 106 - AKTYWNE DZIECKO - 15
OCHRONA ŻYCIA	[ ] 10,00 zł Wariant 1021 - OCHRONA ŻYCIA 1	[X] 16,00 zł Wariant 1022 - OCHRONA ŻYCIA 2	

Wypełnić dane pracownika oraz osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia

C. Dane Ubezpieczonego

Imiona: XXXXXXXXXXXX | Nazwisko: XXXXXXXXXXXX
PESEL: XXXXXXXXXXXX | Rodzaj dokumentu tożsamości*: XXXXXXXXXXXX | Seria i nr dokumentu*: XXXXXXXXXXXX | Obywatelstwo: XXXXXXXXXXXX
*Wypełnić tylko w przypadku, gdy deklaracja składana jest przez osobę nieposiadającą obywatelstwa polskiego
Data urodzenia: XXXXXXXXXXXX | Zawód wykonywany: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | Data zatrudnienia: XXXXXXXXXXXX
Telefon komórkowy: XXXXXXXXXXXX | E-mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

D. Adres do korespondencji

Ulica: XXXXXXXXXXXX | Nr domu: XXXXXXXXXXXX | Nr mieszkania: XXXXXXXXXXXX
Kod pocztowy: XXXXXXXXXXXX | Poczta: XXXXXXXXXXXX | Miejscowość: XXXXXXXXXXXX | Kraj: XXXXXXXXXXXX

Wypełniane opcjonalnie

E. Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	

* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia (RRRR-MM-DD) RAZEM 100%

Dane uprawnionych zastępczych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX	

* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia (RRRR-MM-DD) RAZEM 100%

warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A.

F. Oświadczenie Ubezpieczonego

I. OŚWIADCZENIE 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 uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych oraz nie jestem uznana/y za niezdolną/ego do pracy lub służby zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Dotyczy osób przystępujących do Wariant 1,Wariant 2,Wariant 3,Wariant 4,Wariant 5,Wariant 6,Wariant 7,Wariant 8:

Powyższe oświadczenie o stanie zdrowia nie dotyczy osób, dotychczas ubezpieczonych w ramach grupowej umowy ubezpieczenia na życie zawartej przez ubezpieczającego, przystępujących do umowy ubezpieczenia w dniu 2022-10-01.

II. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, otrzymałem/am i zapoznałem/am się z treścią warunków umowy, na podstawie których objęty/a zostanę ochroną ubezpieczeniową, w tym z wysokością sumy ubezpieczenia. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej w oparciu o Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS".
2. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia na trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość w szczególności na podany przeze mnie adres e-mail.
3. Niniejszym upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. (dalej TUnŻ „WARTA" S.A.) do uznania wskazanych powyżej przeze mnie danych kontaktowych za dane kontaktowe we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na mój rachunek z TUnŻ „WARTA" S.A.

III. KLAUZULE MARKETINGOWE

Wyrażenie nw. zgód jest dobrowolne. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Wyrażam zgodę na:*	** Brak zaznaczenia powoduje brak wyrażenia zgody.*
[X]	1. otrzymywanie od TUnŻ „WARTA" S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUnŻ „WARTA" S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. drogą elektroniczną (poprzez e-mail, sms/mms).
[X]	2. otrzymywanie od TUnŻ „WARTA" S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUnŻ „WARTA" S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. drogą telefoniczną (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

Zaznaczyć „X" jeśli klient wyrazi zgodę.

G. Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim w dniu wypełnienia deklaracji i wskazuje Współubezpieczonego (partnera życiowego) jako osobę, z którą pozostaje w związku nieformalnym.

Oświadczenie Ubezpieczonego o pozostawaniu w związku nieformalnym:

Ja niżej podpisany oświadczam, że pozostaję w związku nieformalnym z Panem/Panią:

Imię i nazwisko _____ Numer PESEL _____

Jednocześnie informuję, że wskazana osoba nie jest ze mną spokrewniona i prowadzimy wspólne gospodarstwo domowe.

H. Oświadczenie dotyczące możliwości występowania do podmiotów udzielających świadczeń leczniczych

1. Wyrażam zgodę na występowanie przez TUnŻ „WARTA" S.A., do: podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności, w celu i w zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia do której przystępuję na podstawie niniejszej deklaracji przystąpienia (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
2. Wyrażam zgodę na udzielanie TUnŻ „WARTA" S.A. informacji dotyczących odbytej wizyty lub spełnienia innej usługi z zakresu świadczeń assistance w ramach umowy ubezpieczenia przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w celu i zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na rachunek Ubezpieczonego (w tym ustalenia prawa do wypłaty świadczenia.

I. Klauzule informacyjne

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TUnŻ "WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa. Przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe głównie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, realizacji umowy ubezpieczenia, likwidacji szkód, marketingu, analiz biznesowych oraz realizacji obowiązków do których zobowiązuje nas prawo. Jeśli TUnŻ „WARTA" S.A. uzyskało od Pani/Pana zgodę na przetwarzanie danych osobowych to ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Jednym z przysługujących Pani/Panu praw jest prawo do wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez TUnŻ „WARTA" S.A., w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez TUnŻ „WARTA" S.A. W przypadku jakichkolwiek pytań, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z inspektorem ochrony danych pod adresem IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby TUnŻ „WARTA" S.A. podanym powyżej. TUnŻ „WARTA" S.A. dba o Pani/Pana dane osobowe, przetwarza je zgodnie z przepisami prawa i starannością. Szczegóły w tym informacje o wszystkich przysługujących prawach i zasadach przetwarzania danych przez TUnŻ „WARTA" S.A. znajdują się w załączonych „Klauzulach dotyczących przetwarzania danych osobowych", a także na stronie internetowej pod adresem: www.warta.pl.

Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.

Data podpisania deklaracji musi być wcześniejsza niż dzień przystąpienia do ubezpieczenia Np. przystąpienie od 01.05.2022 r. Data najpóźniejsza możliwa to 30.04.2022r.

Np.: 30.04.2022r.
Data podpisania

Podpis Ubezpieczonego
Podpis Ubezpieczonego