

## UBEZPIECZENIE GRUPOWE DEKLARACJA UCZESTNICTWA

<input checked="" type="checkbox"/> Pracownik	Małżonek Pracownika	Kancelaria EPAL Sp. z o.o. J. Becka 10-1 51-672 Wrocław tel. 71 72 300 34
Partner Pracownika	Pełnoletnie dziecko Pracownika	
Nazwa lub pieczęćka ubezpieczającego		

**A.\*  Dane ubezpieczonego**
 Zmiana danych ubezpieczonego

Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia	PESEL	Seria i nr dowodu osobistego	
Telefon kontaktowy	E-mail		
Zawód wykonywany			

**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 EP- 19720

Imię i nazwisko / nazwa	Data urodzenia	PESEL / REGON	% świadczenia
* Zaznaczyć jedno właściwe pole			<b>RAZEM 100%</b>

**Wysokość należnej składki: 42,00 zł**
**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/y za niezdolną/ego do pracy orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

**II. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ**

1. 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.
2. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
3. 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.
4. 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 TUŹ "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 TUŹ "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).
5. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie TUŹ "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).
6. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez TUŹ "WARTA" S.A. moich danych o stanie zdrowia i natogach w zakresie niezbędnym do celów związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz na przekazywanie moich danych osobowych podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUŹ "WARTA" S.A., w tym za granicę.
7. Niniejszym upoważniam TUŹ "WARTA" S.A. do uznania wskazanego powyżej przeze mnie adresu korespondencyjnego za adres korespondencyjny we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na moją rzecz z TUŹ "WARTA" S.A.
8. 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.

**III. KLAUZULE MARKETINGOWE**

1. 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
2. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na otrzymywanie - aktualnie i w przyszłości - informacji handlowych dotyczących TUŹ "WARTA" S.A. i TUIR "WARTA" S.A. drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną.  
\* Niepotrzebne skreślić
3. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na wykorzystywanie - aktualnie i w przyszłości - dla celów marketingu bezpośredniego TUŹ "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
4. Podanie danych jest dobrowolne. TUŹ "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](http://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, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej [www.warta.pl](http://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](http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny/index.jsp)),  
b) Rzecznik Finansowy ([www.rf.gov.pl](http://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, 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