

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. 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. 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 \_\_\_\_\_

## KARENCEJE

- 1 Wobec osoby przystępującej nie orzeczono o niezdolności do pracy ani o niepełnosprawności.
- 2 Osoba przystępująca do ubezpieczenia nie ukończyła 60 roku życia.
- 3 Odpowiedzialność ubezpieczyciela do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dniu ukończenia przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego 65 lat bez względu na płeć, wygasa.
- 4 Okresy karencji:
  - zgon ubezpieczonego (nie dotyczy wypadku), zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca, zgon ubezpieczonego w wyniku udaru mózgu, zgon małżonka ubezpieczonego, zgon rodzica ubezpieczonego, zgon rodzica małżonka ubezpieczonego, osierocenie dziecka – **6 miesięcy**,
  - urodzenie się dziecka ubezpieczonemu, urodzenie się dziecka ubezpieczonemu z niską punktacją w skali APGAR – **10 miesięcy**,
  - wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania – **180 dni**,
  - pobyt ubezpieczonego w szpitalu (nie dotyczy wypadku) – **90 dni**
- 5 Od najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 55 roku życia ograniczony zakres poważnych zachorowań: katalog podstawowy (choroby nr 5-6)), rozszerzony, dodatkowy (choroby nr 1-6)), Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi), Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem), Choroba Creutzfeldta-Jakoba 1) niewydolność nerek, 2) przeszczepianie narządów, 3) paraliż, 4) utrata kończyn, 5) utrata wzroku, 6) utrata słuchu, 7) utrata mowy, 8) ciężkie oparzenia, 9) łagodny nowotwór mózgu, 10) śpiączka, 11) Choroba Creutzfeldta-Jakoba, 12) zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi), 13) operacja aorty, 14) choroba Alzheimera, 15) schyłkowa niewydolność wątroby, 16) operacja zastawek serca, 17) stwardnienie rozsiane, 18) choroba Parkinsona, 19) zakażenie Wirusem HIV (w związku z wykonywanym zawodem),