warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A.

UBEZPIECZENIE GRUPOWE
DEKLARACJA UCZESTNICTWA/ZMIANY

Zarząd Wojewódzki
NSZZ POLICJANTÓW
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

Zaznaczyć jedno z poniższych:

☐ *Pracownika - Emeryta* *x Małżonka Pracownika* ☐ *Partnera Pracownika* ☐ *Pełnoletniego Dziecka Pracownika*

Wybieram wariant (dla Pracowników-Emerytów):
☐ *Wariant I 56,00 zł* ☐ *Wariant II 67,00 zł* ☐ *Wariant III 86,00 zł*

Wybieram wariant (dla Współubezpieczonych – Małżonek/ Partner/ Pełnoletnie Dziecko):
x Wariant VI 40,00 zł

A.* x **Dane ubezpieczonego** ☐ **Zmiana danych ubezpieczonego**

Imiona i nazwisko: ANNA KOWALSKA

1961-12-01 (Data urodzenia)	61120111111 (PESEL)	CCC111111 (Seria i nr dowodu osobistego)
123123123 (Telefon kontaktowy)	XYZ@XYZ.PL (E-mail)	

B.* X **Adres do korespondencji** ☐ **Zmiana adresu do korespondencji**

DŁUGA (Ulica)	3 (Nr domu)	3 (Nr mieszkania)
KRAKÓW (Miejscowość)	30-363 (Kod pocztowy)	

C.* X **Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego**
☐ **Zmiana danych uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego**

Imię i nazwisko / nazwa	Data urodzenia (dd-mm-rrr)	PESEL / REGON	% świadczenia
JAN KOWALSKI	1960-12-01	60120167888	100
			RAZEM 100%

* zaznaczyć jako 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 zasięganie przez osobę upoważnioną przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87 (zwane dalej TUnŻ „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 TUnŻ „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 2015r., 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).
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. TUnŻ "WARTA" SA, 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.
7. 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
8. Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody* na otrzymywanie - aktualnie i w przyszłości - informacji handlowych dotyczących TUnŻ "WARTA" S.A. i TUiR "WARTA" S.A. drogą elektroniczną zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną.
'Niepotrzebne skreślić
9. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na wykorzystywanie - aktualnie i w przyszłości - dla celów marketingu bezpośredniego TUnŻ "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
10. 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.
11. Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym i innych podobnych placówkach lub nie posiadam uprawnień do otrzymania świadczeń rehabilitacyjnych lub nie jestem uznana/y za niezdolną/ego do pracy orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.
12. 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.
13. 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.
14. Oświadczam, 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.

15.12.2016 — Data podpisania

ANNA KOWALSKA — Czytelny podpis Ubezpieczonego

LMIX m

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, 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.

JAN KOWALSKI | 60120167888

Imię i nazwisko Pracownika | Numer PESEL Pracownika

15.12.2016 | JAN KOWALSKI

Data Podpisania | Czytelny podpis Pracownika

_____ _____
Data, pieczątka i podpis osoby przyjmującej deklarację (przedstawiciel TUnŻ „WARTA” S.A.) | Numer ewidencyjny pośrednika ubezpieczeniowego

G. Skargi i zażalenia

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**, 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.** TUnŻ „WARTA” S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.