



Zaznaczyć „X”
w zależności
od pokrewieństwa
z pracownikiem.
Wpisać dane (imię
nazwisko, PESEL)
pracownika, który także
przystąpił do umowy

Zaznaczyć „X”
właściwy wybrany
przez członka rodziny
warant

Zaznaczyć „X”
w przypadku wyboru
pakietu dodatkowego

UBEZPIECZENIE GRUPOWE
DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA / ZMIANY

Ubezpieczający: MAŁOPOLSKI ZARZĄD WOJEWÓDZKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PRACOWNIKÓW POLICJI
Seria i numer polisy: NG0024196

Numer listy przystąpień/wniosku o zmianę:

A. Ubezpieczony:

Pracownik: umowa o pracę Pracownik: kontrakt menadżerski 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

B. Wybór wariantu ubezpieczenia

	Wariant	Cena	Ograniczenia
<input type="checkbox"/>	Wariant 1	65,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 2	79,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 3	93,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 4	107,00 zł	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wariant 5	121,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 6	143,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 7	165,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 8	139,00 zł	

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

Pakiet dodatkowy	Warianty pakietów dodatkowych	
ZDROWIE DZIECKA	<input checked="" type="checkbox"/> 5,00 zł Wariant 101 - ZDROWIE DZIECKA - 5	<input type="checkbox"/> 10,00 zł Wariant 102 - ZDROWIE DZIECKA - 10 <input type="checkbox"/> 15,00 zł Wariant 103 - ZDROWIE DZIECKA - 15
AKTYWNE DZIECKO	<input type="checkbox"/> 5,00 zł Wariant 104 - AKTYWNE DZIECKO - 5	<input checked="" type="checkbox"/> 10,00 zł Wariant 105 - AKTYWNE DZIECKO - 10 <input type="checkbox"/> 15,00 zł Wariant 106 - AKTYWNE DZIECKO - 15
OCHRONA ŻYCIA	<input checked="" type="checkbox"/> 10,00 zł Wariant 1021 - OCHRONA ŻYCIA 1	<input type="checkbox"/> 16,00 zł Wariant 1022 - OCHRONA ŻYCIA 2

C. Dane Ubezpieczonego

Imiona <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	<input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	Nazwisko <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	<input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>
PESEL <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	Rodzaj dokumentu tożsamości* <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	Seria i nr dokumentu* <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	Obywatelstwo <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>
*Wypełnić tylko w przypadku, gdy deklaracja składana jest przez osobę nieposiadającą obywatelstwa polskiego			
<input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	<input type="text" value="XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX"/>	<input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	<input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>
Data urodzenia <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	Zawód wykonywany <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX"/>	Data zatrudnienia <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	
Telefon komórkowy <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	E-mail <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX"/>		

D. Adres do korespondencji

Ulica <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	<input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	Nr domu <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	<input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>
Kod pocztowy <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	Poczta <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	Miejscowość <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>	Kraj <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXX"/>

E. Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
			RAZEM 100%

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

Dane uprawnionych zastępczych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
			RAZEM 100%

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

Wypełnić dane
członka rodziny

Wypełniane
opcjonalnie

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 uprawnień 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 2022-09-01.

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 zostanie 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 EKSTRA BIZNES 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 TUŃŻ „WARTA” S.A.) do uznania wskazanych powyżej przeze mnie danych kontaktowych za dane kontaktowe we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na mój rachunek z TUŃŻ „WARTA” S.A.

III. KLAUZULE MARKETINGOWE

Wyrażenie nw. zgod 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.
<input checked="" type="checkbox"/>	1. otrzymywanie od TUŃŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUŃŻ „WARTA” S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. drogą elektroniczną (poprzez e-mail, sms/mms).
<input checked="" type="checkbox"/>	2. otrzymywanie od TUŃŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUŃŻ „WARTA” S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. drogą telefoniczną (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

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: XXXXXXXXXXXXXX Numer PESEL: XXXXXXXXXXXXXX

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 TUŃŻ „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 TUŃŻ „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 TUŃŻ „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 TUŃŻ „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 TUŃŻ „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 TUŃŻ „WARTA” S.A. W przypadku jakiegokolwiek pytania, 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 TUŃŻ „WARTA” S.A. podanym powyżej. TUŃŻ „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 TUŃŻ „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 nieprzebraniem 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.



Zaznaczyć „X”
jeśli klient wyrazi
zgode.



W przypadku podania
informacji o związku
nieformalnym w tym
punkcie dane muszą
się zgadzać z danymi
pracownika podanymi
w punkcie A



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