

## Deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia na życie i od następstw nieszczęśliwych wypadków

UBEZPIECZAJĄCY: STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH, ul. Borowska 246b/2, 50-558 Wrocław, tel. 71 785 46 57

### DANE UBEZPIECZONEGO

imię i nazwisko

nr pesel:

--	--

seria i nr dowodu osobistego

data urodzenia:

obywatelstwo:

--	--	--

adres do korespondencji (ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy):

--

Telefon kontaktowy:

e-mail

Zawód wykonywany

--	--	--

Uposażeni (osoby uprawnione do świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego):

	imię i nazwisko	data urodzenia	PESEL/REGON	% świadczenia
1				
2				
3				

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej

od **01** - -  
(dd -mm -rrrr)

### GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

#### ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE UBEZPIECZONEGO

Zgon w następstwie wypadku komunikacyjnego (łącznie ze świadczeniem z tytułu zgonu Ubezpieczonego i zgonu w następstwie wypadku)	60 000 zł
Zgon w następstwie wypadku (łącznie ze świadczeniem z tytułu zgonu Ubezpieczonego)	45 000 zł
Zgon w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (karencja 6 miesięcy) (łącznie ze świadczeniem z tytułu zgonu Ubezpieczonego)	40 000 zł
Zgon Ubezpieczonego (karencja 6 miesięcy)	30 000 zł
Uszczerbek na zdrowiu w następstwie wypadku (świadczenie za 1% uszczerbku)	400 zł

#### ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UBEZPIECZONEGO

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (karencja 6 miesięcy)	6 000 zł
(Świadczenie z tytułu leczenia choroby naczyń wieńcowych - inne zabiegi)	(2 500 zł)
Hospitalizacja Ubezpieczonego w następstwie wypadku (za dzień hospitalizacji)	100 zł
Hospitalizacja Ubezpieczonego w następstwie choroby (za dzień hospitalizacji) (karencja 6 miesięcy)	50 zł
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM (karencja 6 miesięcy)	1.000 zł
Zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi u Ubezpieczonego (karencja 6 miesięcy)	3 000 zł

#### ŚWIADCZENIA WSPÓŁUBEZPIECZONYCH

Urodzenie się żywego Dziecka Ubezpieczonemu (karencja 10 miesięcy)	1 500 zł
Urodzenie się martwego Dziecka Ubezpieczonego (karencja 10 miesięcy)	2 700 zł
Zgon Dziecka Ubezpieczonego (karencja 6 miesięcy)	4 000 zł
Zgon Małżonka (karencja 6 miesięcy)	10 000 zł
Zgon Małżonka w następstwie wypadku	20 000 zł
Zgon Rodzica (karencja 6 miesięcy)	1 000 zł
Zgon Rodzica Małżonka (karencja 6 miesięcy)	1 000 zł
Poważne zachorowanie Dziecka (karencja 6 miesięcy)	4 000 zł
(Świadczenie za kolejne zachorowanie, inne niż pierwsze)	(1 500 zł)
Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego (karencja 6 miesięcy)	4 000 zł

#### ŚWIADCZENIE ASSISTANCE

(wystąpienie choroby albo uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia w nast. Wypadku lub/albo określonej w OWU nagłej trudnej sytuacji losowej mającej wpływ na zdrowie fizyczne lub psychiczne)	
Wizyta lekarza w związku z wypadkiem	Łączny limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe <b>1 000 zł</b>
Dostarczenie leków	
Transport medyczny do placówki medycznej	
Transport medyczny z placówki medycznej	
Infolinia medyczna	Bez limitu
Infolinia - zdrowotne usługi informacyjne	
Infolinia "Baby assistance"	

Składka miesięczna (w PLN)  
Udział ubezpieczonego w składce 100 %

**43 zł**

### INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

**Odpowiedź na „tak” oznacza odmowę ubezpieczenia (nie dotyczy odpowiedzi na pytanie, co do posiadania ubezpieczenia – pkt 5).**

#### PYTANIA:

- Czy w przeszłości chorował/a Pan/i lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej:
 

a) zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, nadciśnienie, przewlekłe choroby układu krążenia, wady serca;	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
b) stany zapalne nerek, kamica nerek, przewlekłe choroby nerek;	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
c) astma, chroniczny bronchit, gruźlica, przewlekłe choroby układu oddechowego;	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

- d) cukrzyca, choroby tarczycy; Tak  Nie
- e) zapalenie trzustki, jelit, przewlekłe choroby układu pokarmowego; Tak  Nie
- f) nowotwory, guzy, chłoniaki, białaczka; Tak  Nie
- g) udar, porażenie; Tak  Nie
- h) padaczka, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków), zaburzenia nerwicowe, zaburzenia psychiczne, choroby psychiczne, inne przewlekłe choroby układu nerwowego; Tak  Nie
- i) wirusowe zapalenie wątroby typu B, wirusowe zapalenie wątroby typu C, przewlekłe choroby wątroby, borelioza, AIDS, zakażenie wirusem HIV; Tak  Nie
2. Czy ubiegał się Pan/i lub otrzymywał rentę lub Pana/i zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona? Tak  Nie
3. Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) lub pali obecnie powyżej 50 sztuk papierosów dziennie? Tak  Nie
4. Czy wykonuje Pan/i którykolwiek z poniżej wymienionych zawodów o wysokim stopniu ryzyka: bokser; sportowiec zawodowy; cyrkowiec; dżokej; kaskader; ochroniarz; policjant; detektyw; strażak; wojskowy; dziennikarz B korespondent; nurek; marynarz; pilot; kominiarz; monter (z wyłączeniem montera mebli, sprzętu AGD, RTV – prace naziemne); kierowca samochodu ciężarowego o masie dopuszczalnej całkowitej powyżej 3500 kg; elektryk; górnik; hutnik; rybak; drwal; dekarz; spawacz; cieśla; murarz; tynkarz; operator ciężkiego sprzętu; pracownik budowlany (z wyłączeniem personelu nadzoru, inspektora budowlanego, glazurnika, malarza pokojowego, hydraulika); pracownik pracujący: na wysokościach powyżej 1 m od stałej powierzchni, przy budowie rusztowań, przy materiałach chemicznych, przy azbestie, przy żwirze, przy paliwach, w kamieniołomie, przy materiałach wybuchowych? Tak  Nie
5. Czy posiada Pan/i w naszym Towarzystwie inne polisy ubezpieczeniowe na życie? Jeśli tak, prosimy o podanie numeru polisy lub certyfikatu Tak  Nie

Data podpisu

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego, między innymi, wygasa z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona składka, nie później jednak niż z ostatnim dniem miesiąca, w którym dany Ubezpieczony ukończył 67 (sześćdziesiąt siedem) lat.

## OŚWIADCZENIE

### I. OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA

1. Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym i innych podobnych placówkach.

### II. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadoma/y, że w przypadku zatajenia lub podania przeze mnie nieprawdziwych informacji Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87 zwane dalej TUnŻ „WARTA” S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez obowiązujące przepisy prawa.
2. 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.
3. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
4. 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.
5. 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.
6. Niniejszym upoważniam TUnŻ „WARTA” S.A. do uznania wskazanego przeze mnie adresu korespondencyjnego za adres korespondencyjny we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na moją rzecz z TUnŻ „WARTA” S.A.
7. Przyjmuję do wiadomości, że integralną część deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia stanowi deklaracja członkowska Stowarzyszenia Ubezpieczonych.
8. Zgadzą się na finansowanie składki ubezpieczeniowej za wybrany przeze mnie wariant ubezpieczenia w wysokości określonej w Umowie Ubezpieczenia. Należną składkę zobowiązuję się przekazywać jednorazowo, nie później niż do 20. dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony, na wskazany indywidualny rachunek bankowy Ubezpieczającego

Wyrażenie nw. Zgodę jest dobrowolne lecz konieczne do zawarcia umowy. **Brak wyrażenia którejkolwiek z poniższych zgód spowoduje brak możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia.**

Wyrażam zgodę /  Nie wyrażam zgody\* na:

1. Przetwarzanie przez TUnŻ „WARTA” S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia. Dane będą pochodziły ze złożonych dokumentów i oświadczeń oraz od podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń zdrowotnych, Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane będą przetwarzane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia.  
Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodę można odwołać kontaktując się z TUnŻ „WARTA” S.A. za pośrednictwem adresu e-mail: [iod@warta.pl](mailto:iod@warta.pl) lub przesyłając pismo na adres TUnŻ „WARTA” S.A.
2. Przetwarzanie przez TUnŻ „WARTA” S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w oparciu o profilowanie w sposób zautomatyzowany i podejmowanie zautomatyzowanych decyzji. Oznacza to, że decyzje dotyczące wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia będą podejmowane przez system informatyczny, bez wpływu człowieka. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych o stanie zdrowia znajdujących się w składanych przez mnie dokumentach i oświadczeniach. Dla przykładu, niektóre choroby mogą wiązać się z wyższym ryzykiem zgonu i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa lub możemy odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez człowieka.  
Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodę można odwołać kontaktując się z TUnŻ „WARTA” S.A. za pośrednictwem adresu e-mail: [iod@warta.pl](mailto:iod@warta.pl) lub przesyłając pismo na adres TUnŻ „WARTA” S.A.
3. Występowanie przez TUnŻ „WARTA” S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia w celu uzyskania 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 zawartej na podstawie niniejszego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
4. 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 w zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na mój rachunek (w tym ustalenia prawa do wypłaty świadczenia).

\*Prosimy zaznaczyć właściwie

Data podpisu

Czytelny podpis Ubezpieczonego

### III. KLAUZULE MARKETINGOWE

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.

1. Wyrażam zgodę  / Nie wyrażam zgody\*  na przetwarzanie po rozwiązaniu umowy moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, dane kontaktowe, historia polisowa i historia szkodowości przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż przez okres 3 lat po zakończeniu trwania umowy lub do cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych w tym celu.
2. Wyrażam zgodę  / Nie wyrażam zgody\*  na otrzymywanie od TUnŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych, wybierając jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (e-mail, sms).
3. Wyrażam zgodę  / Nie wyrażam zgody\*  na otrzymywanie od TUnŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych z użyciem automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
4. Wyrażam zgodę  / Nie wyrażam zgody\*  na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, dane kontaktowe, historia polisowa i historia szkodowości przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty. Pani/Pana dane osobowe zostaną udostępnione przez administratora danych osobowych w tym celu. Powyżej wskazane dane zostaną udostępnione przez administratora danych osobowych w tym celu. Poniższe klauzule są uzależnione od wyrażenia zgody na klauzulę określoną w pkt. 4. TUnŻ „WARTA” S.A. może wykorzystać wyrażone poniżej zgody tylko, jeżeli wyrazi Pani/Pan zgodę na klauzulę określoną w pkt. 4.
5. Wyrażam zgodę  / Nie wyrażam zgody\*  na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych, wybierając jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (e-mail, sms).
6. Wyrażam zgodę  / Nie wyrażam zgody\*  na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych z użyciem automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

\*Prosimy zaznaczyć właściwie

Data podpisu

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego

#### IV. KLAUZULE INFORMACYJNE

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TUnŻ „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87. 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](http://www.warta.pl)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez TUnŻ „WARTA” S.A.

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. Poczтовая 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](http://www.knf.gov.pl)),
- b) Rzecznik Finansowy ([www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)).

\_\_\_\_\_  
Data podpisu

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczonego