

UBEZPIECZENIE GRUPOWE DEKLARACJA UCZESTNICTWA / ZMIANY

Zaznaczyć jedno z poniższych:

- Pracownika
 Małżonka Pracownika
 Pełnoletniego Dziecka Pracownika

Nazwa lub pieczęćka ubezpieczającego

A. * Dane ubezpieczonego Zmiana danych ubezpieczonego

* Wypełnić w przypadku braku nr ewidencyjnego PESEL

B. * Adres do korespondencji Zmiana adresu do korespondencji

ulica nr domu nr mieszkania
 miejscowość kod pocztowy tel.

C.* 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	PESEL / REGON	Seria i nr dowodu osobistego	% świadczenia**

* zaznaczyć jedno właściwe pole

** Łączne uposażenie wszystkich wskazanych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu ubezpieczenia w ramach jednej umowy nie może przekraczać 100% należnego świadczenia.

OŚWIADCZENIA I PODPISY

- Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
- Oświadczam, że uprzednio, tj. 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.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą przy ul. Chmielnej 85/87, zwanej 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).
- 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).
- Wyrażam także zgodę na przetwarzanie przez TunŻ „WARTA” S.A. moich danych o stanie zdrowia i nalogach w zakresie niezbędnym do celów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz na przekazywanie moich danych osobowych podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TunŻ „WARTA” S.A., w tym za granicą.
- 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.
- 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, zwanej dalej TUiR „WARTA” S.A. i podmioty z nim współpracujące.
* Prosimy zaznaczyć właściwe
- 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
- 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.
- 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.
- Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym i innych podobnych placówkach.
- 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

E.* Dane Pracownika

* wypełnić w przypadku, gdy deklaracja wypełniana jest przez Małżonka, Pełnoletnie Dziecko

.....
Imię i nazwisko Pracownika

.....
Numer PESEL Pracownika

.....
Data podpisania

.....
Czytelny podpis Pracownika

.....
Data, pieczętka i podpis osoby przyjmującej deklarację
(przedstawiciel TUnŻ „WARTA” S.A.)

.....
Nr ewidencyjny pośrednika ubezpieczeniowego