

PROSIMY O WYPEŁNIENIE WIELKIMI LITERAMI

Pieczęć firmowa
Ubezpieczającego

Numer polisy

1. Dane Ubezpieczonego

Imię																	
Nazwisko																	
Adres zameldowania Ulica											nr domu				nr lokalu		
Kod pocztowy						Miejscowość											
Adres do korespondencji Ulica											nr domu				nr lokalu		
Kod pocztowy						Miejscowość											
PESEL						Data urodzenia	R	R	R	R	M	M	D	D			
Nr telefonu						Zawód wykonywany											
e-mail																	

2. Dane Małżonka Ubezpieczonego (jeśli jest objęty ochroną z tytułu dodatkowego ubezpieczenia: szpitalnego lub operacji chirurgicznych, lub poważnego zachorowania, lub uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku)

Imię																	
Nazwisko																	
Adres zameldowania Ulica											nr domu				nr lokalu		
Kod pocztowy						Miejscowość											
PESEL						Data urodzenia	R	R	R	R	M	M	D	D			

3. Dyspozycja podziału składki funduszowej */**

Lp.	Nazwa funduszy	Kod funduszy	% udziału		Lp.	Nazwa funduszy	Kod funduszy	% udziału	
			Składka funduszowa	Dodatkowa składka funduszowa				Składka funduszowa	Dodatkowa składka funduszowa
1					6				
2					7				
3					8				
4					9				
5					10				
							Razem:	100%	100%

* – wypełnić w przypadku opłacania składki funduszowej
** – stała dyspozycja inwestowania składki funduszowej

4. Uposażeni (osoby uprawnione do świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego)

Lp.	Nazwisko i imię/nazwa	PESEL / REGON	Adres/siedziba	% świadczenia
1				
2				
3				
4				

Łącznie 100%

Wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia kwot na zapłatę składek z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz przekazywanie ich na konto TUnŻ „WARTA” S.A.*

* – zaznaczyć w przypadku opłacania części lub całości składki z wynagrodzenia Ubezpieczonego

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Ubezpieczonego

5. Oświadczenie

- Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
- 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.
- 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).
- 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).
- Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez TUnŻ "WARTA" S.A. moich danych o stanie zdrowia i nalogach 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.
- 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, zwane 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 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.
- 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.

Oświadczenie 1,3,4,5,6 dotyczy ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego (jeżeli jest on objęty ochroną z tytułu dodatkowego ubezpieczenia: szpitalnego lub operacji chirurgicznych lub poważnego zachorowania lub uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku).

Oświadczenie 2,7,8,9,10,11,12 dotyczy ubezpieczonego.

miejsowość, data

podpis Ubezpieczonego

pieczęć imienna i podpis osoby
upoważnionej do reprezentowania
Ubezpieczającego

miejsowość, data

podpis Małżonka Ubezpieczonego
(jeżeli jest on objęty ochroną z tytułu
dodatkowego ubezpieczenia: szpitalnego
lub operacji chirurgicznych lub poważnego
zachorowania lub uszczerbku na zdrowiu
w następstwie wypadku)