

**UBEZPIECZENIE GRUPOWE DLA SPÓŁDZIELCÓW SM MLEKPOL
DEKLARACJA UCZESTNICTWA / ZMIANY**

Proszę zaznaczyć (X) jedno z poniższych:

- Ubezpieczenie dla **Spółdzielcy**
- Ubezpieczenie dla **Małżonka** Spółdzielcy
- Ubezpieczenie dla **Pełnoletniego Dziecka** Spółdzielcy

**Spółdzielnia Mleczarska „MLEKPOL”
ul. Elewatorska 13 19-203 Grajewo**

Nazwa lub pieczęćka ubezpieczającego

- A. **Dane ubezpieczonego** Zmiana danych ubezpieczonego

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		PESEL	
Telefon kontaktowy		E-mail	

- B. **Adres do korespondencji** Zmiana adresu do korespondencji

Ulica		Miejscowość zamieszkania	
Numer domu / mieszkania		Kod pocztowy i Poczta	

- C. **Dane uposażonych - uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego proszę wpisać w poniższej tabeli**

- Zmiana danych uprawnionych do otrzymania świadczenia

Imię i nazwisko	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	% świadczenia
		Razem 100%

* zaznaczyć X jako właściwe pole w punkcie A, B, C

Powyższe wskazania dotyczą polis:

Ubezpieczenie grupowe Spółdzielców SM „MLEKPOL”

W celu przedstawienia oferty dodatkowych produktów prosimy o pozostawienie danych kontaktowych:

Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polonica Broker Sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu, ul. Szosa Chełmińska 191, 87-100 Toruń oraz Prestatio Operator Sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu, ul. Szosa Chełmińska 191, 87-100 Toruń zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jed. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) w celach marketingowych. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie przez wskazane wyżej podmioty informacji handlowych o nowych towarach i usługach lub akcjach promocyjnych za pośrednictwem Śródków komunikacji elektronicznej zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204 ze zm.). Poinformowano mnie, iż przysługuje mi prawo dostępu do tych danych, ich poprawiania oraz usuwania, oraz że podanie danych jest dobrowolne”.

.....
data

.....
czytelny podpis

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 występowanie przed Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą przy ulicy Chmielnej 85/87, zwane dalej TUnŻ „WARTA” S.A., do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych 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).
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 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).
5. 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.
6. 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.
7. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie – aktualne i w przyszłości – w celach marketingowych moich danych osobowych, przez podmioty Grupy Warta, w szczególności przez TUIR „WARTA” S.A., z siedzibą w Warszawie przy ulicy Chmielnej 85/87.
* Niepotrzebne skreślić
8. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na otrzymywanie - aktualne 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 wykorzystanie - aktualne 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 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.
11. 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.
12. 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.
13. Wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia (za dostawy mleka) kwot na zapłatę składek z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
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. **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 otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych lub orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub nie jestem uznana/y za niezdolnego do pracy orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji: nie przebywam oraz nie przebywałem/am w ciągu ostatniego roku od daty podpisania niniejszej deklaracji w szpitalu oraz na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, za wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczy/ dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyn dolnych lub górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dolnych lub górnych, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków lub zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka).

Oświadczam że w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji: nie chorowałem/am i nie choruję na wymienione choroby: nowotwór, cukrzycę, przewlekłą niewydolność nerek, udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, wady serca, chorobę wieńcową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, marskość wątroby, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub typu C, choroby psychiczne.

.....
Data podpisania

.....
Czytelny podpis Ubezpieczonego

E. Dane i podpis Spółdzielcy w przypadku gdy deklaracja na pierwszej stronie jest wypełniona przez Małżonka lub Pełnoletnie Dziecko Spółdzielcy.

1. Wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia (za dostawy mleka) kwot na zapłatę składek z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie za osoby współubezpieczone.

.....
Imię i nazwisko Spółdzielcy

.....
Numer PESEL Spółdzielcy

.....
Data podpisania

.....
Czytelny podpis Spółdzielcy

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

.....
Numer ewidencyjny Pośrednika Ubezpieczeniowego