

# warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

## UBEZPIECZENIE GRUPOWE DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA/ZMIANY

Spółdzielnia Mleczarska "MLEKPOL"  
ul. Elewatorska 13, 19-203 Grajewo

Zaznaczyć jedno z poniższych:

- Ubezpieczenie dla Spółdzielcy  
 Ubezpieczenie dla Małżonka Spółdzielcy  
 Ubezpieczenie dla Pełnoletniego Dziecko Pracownika

Nazwa lub pieczętka ubezpieczającego

A.\*  Dane ubezpieczonego  Zmiana danych ubezpieczonego

Imiona: ROMAN  
 Nazwisko: KOŚ  
 Data urodzenia: 28-08-1997 PESEL: 79910828123 Seria i nr dowodu osobistego: ACTA24318  
 Obywatelstwo: POLSKIE Telefon kontaktowy: 500 623 28 E-mail: RK@WTC.PL  
 Zawód wykonywany: \_\_\_\_\_ Data zatrudnienia: DD-MM-RRRR

B.\*  Adres do korespondencji  Zmiana adresu do korespondencji

Ulica: SZKOŁOWA Nr domu: 130 Nr mieszkania: 20  
 Miejscowość: UNISZAKA Kod pocztowy: 816-262

C.\*  Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego  
 Zmiana danych uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego

Poniższe wskazania osób dotyczą polis:

Imię i nazwisko / nazwa	Data urodzenia (dd-mm-rrr)	PESEL / REGON	% świadczenia
<u>EWĄ KOŚ</u>	<u>18.08.1978</u>	<u>78081805670</u>	<u>100</u>
			<b>RAZEM 100%</b>

\* zaznaczyć jedno właściwe pole

Wysokość należnej składki: \_\_\_\_\_

### D. Oświadczenia

**I. OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA**  
 1. Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:  
 a) nie przebywam oraz w ciągu ostatniego roku licząc od daty podpisywania niniejszej deklaracji nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, za wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczyło/dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyn dolnych i górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dolnych górnych, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków oraz zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka),  
 b) nie przebywam w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo – leczniczym i innej podobnej placówce,  
 c) nie posiadam orzeczenia o niezdolności do pracy, uprawnień do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych, orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.  
 2. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji: nie chorowałem/am i nie choruję na wymienione choroby: nowotwór, cukrzyca, przewlekła niewydolność nerek, udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, wada serca, choroba wieńcowa, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, marskość wątroby, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub typu C, choroby psychiczne.

**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/ły, 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 TUŃ „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 TUŃ „WARTA” S.A. do uznania wskazanego powyżej przeze mnie adresu korespondencyjnego za adres korespondencyjny we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na moją rzecz z TUŃ „WARTA” S.A.

25.05.2018

Data podpisu

ROMAN KOŚ  
Czytelny podpis Ubezpieczonego

Wyrażenie nw. zgód 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 wykonywania 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 lub przysyłając 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 przeze 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 lub przysyłając 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 właściwe

25.05.2018

Data podpisu

ROMAN KOT

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 będą przetwarzane przez okres 3 lat od daty wyrażenia zgody lub do cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych w tym celu. Powyższe wskazane dane zostaną udostępnione przez administratora danych temu podmiotowi.

Poniższe klauzule są uzależnione od wyrażenia zgody na klauzule określonej w pkt. 4. TUnŻ „WARTA” S.A. może wykorzystywać wyrażone poniżej zgody tylko, jeżeli wyrazi Pani/Pan zgodę na klauzule określonej 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 właściwe

25.05.2018

Data podpisu

### 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 informację 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

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. pocztowa 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 przesyłając listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wniesienia 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)).

ROMAN KOT

Czytelny podpis Ubezpieczonego

### E.\* Dane Spółdzielcy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, wskazanej w części A niniejszej deklaracji.

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

JAN KOT

Imię i nazwisko Spółdzielcy

72102805170

Numer PESEL Spółdzielcy

25.05.2018

Data podpisania

JAN KOT

Czytelny podpis Spółdzielcy

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

Spółdzielca:

Imię

JAN

Nazwisko

KOT

PESEL

72102805170

Dotyczy: Polisa nr EP0008414

Wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia (za dostawy mleka) kwot na zapłatę składek z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie: kwota 40 zł (słownie czterdzieści złotych) oraz przekazywania ww. kwoty do Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87, 00-805 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 000016432.

25.05.2018 JAN KOT

Data i czytelny podpis Spółdzielcy