

JAK WYPEŁNIĆ DEKLARACJĘ ?

1. POBIERZ, WYDRUKUJ, WYPEŁNIJ, PODPISZ I WYŚLIJ SKAN LUB ZDJĘCIE
NA ADRES E-MAIL: biuro@brokergrupapalasz.pl

Wybierz wariant: I wariant
 II wariant

Do umów ubezpieczenia oferowanych w ramach Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych "EGIDA" mogą przystąpić osoby, które staną się Członkiem Wspierającym Stowarzyszenie Ubezpieczonych, wypełniając deklarację członkowską oraz deklarację przystąpienia do wybranego programu ubezpieczeniowego.

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA POLSKIEGO STOWARZESZENIA UBEZPIECZONYCH "EGIDA"

Prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami dane członka Stowarzyszenia (Ubezpieczającego).

..... Imiona Nazwisko
..... E-mail* Telefon kontaktowy

* Na adres e-mail wysłany zostanie Certyfikat potwierdzający zawarcie umowy Ubezpieczenia.

Zgłaszam moją kandydaturę na członka Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych "EGIDA". Oświadczam, że znane mi są postanowienia Statusu, cele i zadania Stowarzyszenia.
Oświadczam, że wszystkie informacje i dane podane w niniejszej deklaracji są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jeżeli którekolwiek z powyższych danych ulegą zmianie, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych "EGIDA".
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych "EGIDA", zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. z 1997r. Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami) wyłącznie w celu realizacji postanowień statusowych Stowarzyszenia. Dane składam dobrowolnie, posiadam pełne prawo dostępu do ich treści oraz możliwości ich poprawienia. Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną (e-mailowo) lub telefonicznie (w tym poprzez wiadomości tekstowe SMS/graficzne MMS) informacji o działalności, planach i propozycjach Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych "EGIDA" jak również informacji handlowych o oferowanych przez Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych "EGIDA" lub za jego pośrednictwem o produktach lub usługach.

Czytelny podpis

WZÓR WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA 

H. KLAUZULE MARKETINGOWE

Mia Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody posiada bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Wyrażam zgodę na: * **Bez zaznaczenia powoduje brak wyrażenia zgody.**

<input type="checkbox"/>	1. przetwarzanie po rozwiązaniu umowy moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, dane kontaktowe, historia polisowa i historia szkódowości 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 umowy lub do cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych w tym celu.
<input type="checkbox"/>	2. otrzymywanie od TUŃZ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych, wybierając jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (e-mail, sms).
<input type="checkbox"/>	3. otrzymywanie od TUŃZ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych z użyciem automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu połączenia głosowe (rozмова telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
<input type="checkbox"/>	4. przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, dane kontaktowe, historia polisowa i historia szkódowości 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 trzech 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.

Ponizsze klauzule są uzależnione od wyrażenia zgody na klauzulę określoną w pkt. 4. TUŃZ „WARTA” S.A. może wykorzystać wyrażone poniżej zgody tylko, jeżeli wyrazi Pani/Pan zgodę na klauzulę określoną w pkt.4.

<input type="checkbox"/>	5. otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych, wybierając jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (e-mail, sms).
<input type="checkbox"/>	6. otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych z użyciem automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu połączenia głosowe (rozмова telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

I. KLAUZULE INFORMACYJNE

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TuŃz „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 55/57. Przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe głównie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, realizacji umowy ubezpieczenia, likwidacji szkód, marketingu, analizy biznesowych oraz realizacji obowiązków do których zobowiązuje nas prawo. Jeśli TuŃz „WARTA” S.A. uzyska od Pani/Pana zgodę na przetwarzanie danych osobowych to nie Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody powoduje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Jedynym 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 TuŃz „WARTA” S.A. w tym profilowania na jej podstawie, oraz do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez TuŃz „WARTA” S.A. W przypadku jakichkolwiek pytań, w celu cofnięcia zgody lub skorygowania z przysługujących praw należy skontaktować się z Inspektorem ochrony danych pod adresem IOD@warta.pl lub drogą telefoniczną pod adresem siedziby TuŃZ „WARTA” S.A. podanym powyżej.

TuŃZ „WARTA” S.A. dba o Pani/Pana dane osobowe, przelazera je zgodnie z przepisami prawnymi, Szczegóły w tym informacje o wszystkich przysługujących prawach i zasadach przetwarzania danych przez TuŃZ „WARTA” S.A. znajdują się w załączonych „Klauzulach dotyczących przetwarzania danych osobowych”, a także na stronie internetowej pod adresem: www.warta.pl.

2. Skargi, zażalenia, w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego. Ubezpieczającego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TuŃZ „WARTA” S.A. w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-660 Warszawa 1, a ponadto w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacja, telefonicznie pod nr 502 308 308 oraz w każdej jednostce TuŃZ „WARTA” S.A. na piśmie dopiętym osobisto lub w formie ustnej do protokołu. TuŃZ „WARTA” S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie, reklamację w terminie 30 dni od daty wyrażenia i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnieszenia i rozpatrzenia skargi, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl. TuŃZ „WARTA” S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Podmiotem uprawnionym do posądzowego rozpatrywania sporów jest:
 a) Sąd Polubowy przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
 b) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

PODPIS
 podpis Ubezpieczającego

DATA
 Data podpisania

Ubezpieczenie Grupowe
 DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA / ZMIANY

Wysokość należnej składki: _____

A. Ubezpieczający:

Imię: _____ Nazwisko: _____

B. Dane Ubezpieczonego

Imię: J | A | N | _____ Nazwisko: F | I | K | I | C | Y | J | N | Y | _____

PESEL: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | _____

Data urodzenia: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | _____

Telefon kontaktowy: 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | _____

E-mail: JAN.FIKCYJNY@POCZTA.PL

C. Adres do korespondencji

Ulica: N | I | S | K | I | _____ Nr domu: 1 | _____ Nr mieszkania: 1 | _____

Mejsceowości: W | A | R | S | Z | A | W | A | _____ Kod pocztowy: 0 | 1 | 0 | - | 1 | 1 | 1 | _____

D. Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego

Imię i nazwisko / nazwa	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL / REGON	% świadczenia
ANNA FIKCYJNA	22.22.2222	2222222222	100
			RAZEM 100%

E. Oświadczenia Ubezpieczonego

I. OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
 Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:
 a) nie przebywałem na zwolnieniu lekarskim oraz w ciągu ostatniego roku licząc od daty podpisania niniejszej deklaracji nie przebywałem na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, z wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyn dołnych górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dołnych górnych, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków oraz zwolnienia lekarskiego na osoby fizyczne (np. dziecko, małżonka).
 b) nie posiadam wszczepionego, wszczepionego lub zakładającego opiekuńczo – leczniczymi innymi podobne placówki.
 c) nie posiadam orzeczenia o niezdolności do pracy, służby, uprawnienia do otrzymywania świadczenia rehabilitacyjnego, orzeczenia o niepełnosprawności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
 d) Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie chorowałem/ nie choruję, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych wymienionych jednostek: nowotwór, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu lub prześłowe niedokrwienie mózgu, niewydolność wątroby, choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne, zaburzenie nerwicowe, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków).

II. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OBJAWIA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA:

1. Przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, otrzymałem/ami i zapoznałem/am się z treścią warunków umowy, na podstawie których objęty/a zostanie ochroną ubezpieczeniową, w tym z wysokością sumy ubezpieczenia. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
 2. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia na twym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość: w szczególności na podany przeze mnie adres e-mail.
 3. Niniejszym upoważniam TuŃZ „WARTA” S.A. do uznania wskazanych powyżej przeze mnie danych kontaktowych za dane kontaktowe we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na moim rachunku z TuŃZ „WARTA” S.A.

F. Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Wypełnienie w przypadku, gdy Ubezpieczony nie posiada w związku małżeńskim w dniu wypełnienia deklaracji i wskazuje Partnera jako osobę, z którą pozostaje w związku nieformalnym. Ja niżej podpisany oświadczam, że pozostaję w związku nieformalnym z Paniem/Panią:

Imię i nazwisko: _____ Numer PESEL: _____
 N i e o t y c z y

G. Oświadczenie dotyczące możliwości występowania do podmiotów udzielających świadczeń leczniczych

1. Wyrażam zgodę na występowanie przez TuŃZ „WARTA” S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udzielenie informacji medycznej związanej z moim leczeniem oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wygradkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności, w celu i w zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia do której przysięgam na podstawie niniejszej deklaracji przystąpienia (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia jego wysokości).
 2. Wyrażam zgodę na udzielenie TuŃZ „WARTA” S.A. informacji dotyczących odbytych wizyt lub spełnienia innej usługi z zakresu świadczeń assistance w ramach umowy ubezpieczenia, przy podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w celu zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia zwaną (na moim rachunku) (w tym ustalenia prawa do wypłaty świadczenia).

PODPIS
 podpis Ubezpieczonego

DATA
 Data podpisania