

G. Dane uprawnionych zastępczych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia (RRRR-MM-DD)			RAZEM 100%

H. Oświadczenie Ubezpieczonego

I. OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
Dotyczy:

a) Pracownik: umowa o pracę, Pracownik: kontrakt menadżerski, Pracownik: inna umowa (w tym zlecenia, o dzieło), Małżonek Pracownika, Partner Pracownika, Pełnoletnie Dziecko Pracownika – dotychczas ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez ubezpieczającego;
b) Pracownik: umowa o pracę, Pracownik: kontrakt menadżerski – dotychczas ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez ubezpieczającego.
Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywam na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 7 kolejnych dni (nie dotyczy zwolnień z powodu: złamania kończyny, skręcenia, zwichnięcia kończyny, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków lub opieki nad członkiem rodziny) lub nie przebywam, w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym i innych podobnych placówkach oraz nie posiadam uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych oraz nie jestem uznana/y za niezdolną/ego do pracy lub służby zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
Dotyczy osób przystępujących do Wariant 1:
Powyższe oświadczenie o stanie zdrowia nie dotyczy osób, dotychczas ubezpieczonych w ramach grupowej umowy ubezpieczenia na życie zawartej przez ubezpieczającego, przystępujących do umowy ubezpieczenia w dniu 2025-03-01.
Pracownik: inna umowa (w tym zlecenia, o dzieło), Małżonek Pracownika, Partner Pracownika, Pełnoletnie Dziecko Pracownika – dotychczas ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez ubezpieczającego:
Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:
a) nie przebywam na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 7 kolejnych dni, w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym i innych podobnych placówkach oraz nie posiadam uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych oraz nie jestem uznana/y za niezdolną/ego do pracy lub służby zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
b) w ciągu ostatniego roku licząc od daty podpisania niniejszej deklaracji nie przebywałem/-am na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, za wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczy/dotyczyło tylko i wyłącznie: ciąży, złamania kończyny, skręcenia, zwichnięcia kończyny, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków lub opieki nad członkiem rodziny;
c) nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, nie ubiegam się obecnie ani nie ubiegałem/-am się o jego wydanie w ciągu ostatnich 3 lat licząc od daty podpisania niniejszej deklaracji;
d) w ciągu ostatnich 3 lat, licząc od daty podpisania niniejszej deklaracji, nie ubiegałem/-am się o wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy lub niezdolności do służby.

II. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, otrzymałem/am i zapoznałem/am się z treścią warunków umowy, na podstawie których objęcie/a zostanie ochroną ubezpieczeniową, w tym z wysokością sumy ubezpieczenia. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej w oparciu o Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenia na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”.
2. 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.
3. Niniejszym upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. (dalej TUnŻ „WARTA” S.A.) do uznania wskazanych powyżej przeze mnie danych kontaktowych za dane kontaktowe we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na mój rachunek z TUnŻ „WARTA” S.A.
4. Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez TUnŻ „WARTA” S.A. i zobowiązuję się przekazać je osobom, których dane wskazane są w niniejszym dokumencie.

III. KLAUZULE MARKETINGOWE
Chcemy informować Panią/Pana o nowych produktach, promocjach czy przysługujących zniżkach, dlatego prosimy o wyrażenie zgód marketingowych.
Wyrażenie nw. zgód jest dobrowolne. 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.
Wyrażam zgodę na:*
[] 1. otrzymywanie od TUnŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUnŻ „WARTA” S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. drogą elektroniczną (poprzez e-mail, sms/mms).
[] 2. otrzymywanie od TUnŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUnŻ „WARTA” S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. drogą telefoniczną (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
* Brak zaznaczenia powoduje brak wyrażenia zgody.

I. Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim w dniu wypełnienia deklaracji i wskazuje Współubezpieczonego (partnera życiowego) jako osobę, z którą pozostaje w związku nieformalnym.
Oświadczenie Ubezpieczonego o pozostawaniu w związku nieformalnym:
Ja niżej podpisany oświadczam, że pozostaję w związku nieformalnym z Panem/Panią:
Imię i nazwisko _____ Numer PESEL* _____
* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia (RRRR-MM-DD)
Jednocześnie informuję, że ze wskazaną osobą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, osoba ta nie jest ze mną spokrewniona i ani ta osoba ani ja nie pozostajemy w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

J. Oświadczenie dotyczące możliwości występowania do podmiotów udzielających świadczeń leczniczych

1. Wyrażam zgodę na występowanie przez TUnŻ „WARTA” S.A., do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie 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 do której przystępuję na podstawie niniejszej deklaracji przystąpienia (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
2. Wyrażam zgodę 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 rachunek Ubezpieczonego (w tym ustalenia prawa do wypłaty świadczenia).

K. Dodatkowe oświadczenia

Oświadczenia dodatkowe właściwe dla wybranego w powyższej części deklaracji wariantu ubezpieczenia i/lub pakietu dodatkowego

Wybrany wariant	Kogo dotyczy	Oświadczenie
Wariant 1	<ul style="list-style-type: none"> Pracownik: inna umowa (w tym zlecenia, o dzieło), Małżonek Pracownika, Pełnoletniego Dziecka Pracownika, Partnera Pracownika dotychczas ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez ubezpieczającego.	Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie chorowałem/-am, nie choruję, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych wymienionych jednostek: nowotwór, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, niewydolność wątroby, choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków).
Wariant 127 Wariant 128 Wariant 129	Wszyscy	Oświadczam, że: a) w ciągu ostatnich 6 miesięcy od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie miałem/-am wskazań i nie jestem w trakcie diagnostyki (z wyjątkiem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani także innego leczenia medycznego: nowotworu, guza złośliwego, białaczki, chłoniaka; b) w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/-am się z powodu chorób wymienionych w ust. a) powyżej.
Wariant 130 Wariant 131 Wariant 132	Wszyscy	Oświadczam, że: a) w ciągu ostatnich 6 miesięcy od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie miałem/łam wskazań i nie jestem w trakcie diagnostyki (z wyjątkiem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego z powodu choroby wieńcowej, ostrej niewydolności mięśnia sercowego, ostrej zatorowości płucnej, tętniczego nadciśnienia płucnego pierwotnego (idiopatycznego), zaburzenia rytmu serca, tętniak aorty, infekcyjnego zapalenie wsierdza, zaciśnięcie zapalenie osierdzia, przewlekłe wirusowe zapalenie mięśnia serca, udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego, wady serca, kardiomiopatii, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności krążenia, krwawienia śródczaszkowe, cukrzyca, przewlekłej niewydolności

		<p>nerek; b) w ciągu ostatnich 3 lat od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/leczyłam się z powodu chorób wymienionych w ust. a) powyżej; c) nie miałem wszczepionego kardiowertera-defibrylatora, stymulatora serca, stymulatora resynchronizującego.</p>
<p>Wariant 124 Wariant 125 Wariant 126</p>	<p>Wszyscy</p>	<p>Oświadczam, że: a) w ciągu ostatnich 6 miesięcy od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie miałem/łam wskazań i nie jestem w trakcie diagnostyki (z wyjątkiem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego z powodu następujących schorzeń: cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, kamicy dróg żółciowych, osteoporozy, depresji, choroby tarczycy wymagającej leczenia operacyjnego; b) w ciągu ostatnich 3 lat od dnia podpisania niniejszej nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/leczyłam się z powodu chorób wymienionych w ust a) powyżej.</p>

Podpis Ubezpieczonego

Złożony przeze mnie poniżej własnoręczny podpis należy uznać za złożony pod treścią wszystkich oświadczeń zawartych w niniejszej Deklaracji Przystąpienia/Zmiany.

Data podpisania

Podpis Ubezpieczonego