

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

LP	PYTANIE	TAK	NIE
1	obecnie oraz w ciągu ostatnich 5 lat chorowałem/łam na choroby nowotworowe oraz przebyłem/am zawał serca		
2	obecnie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo – leczniczym i innych podobnych placówkach		
3	posiadam uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych lub jestem uznany/a za niezdolnego/ą do pracy orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym		

UWAGA: odpowiedź „TAK” na jakiegokolwiek z wyżej zadanych pytań – odmowa przyjęcia do ubezpieczenia**DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA (Ubezpieczony) :**

Imię i nazwisko	
PESEL	
Telefon komórkowy Telefon stacjonarny	
Adres e-mail (CZYTELNIE)	
Adres do korespondencji	

W związku z przystąpieniem od dnia do ubezpieczenia grupowego WARTA ŻYCIE, zobowiązuję się do:

- a) regularnego dokonywania wpłaty składki z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie w wysokości:
wg wybranego wariantu: 55 PLN; 63,50 PLN; 81,50 PLN miesięcznie*
- b) wpłacania w/w składki do **20 dnia każdego miesiąca** poprzedzającego miesiąc, za który składka jest należna.
np. za miesiąc maj składka jest opłacana do 20 kwietnia.
- podawanie w tytule przelewu IMIĘ_NAZWISKO_PESEL
- c) wpłacania składek na KONTO:

BROCA, ul. Krzycka 86F/8, 53 – 020 Wrocław
konto numer (ING Bank Śląski): 11 1050 1575 1000 0090 7939 7718

- d) każdorazowego, niezwłocznego przekazywania do Ubezpieczającego/BROCA informacji o zmianie danych kontaktowych; w szczególności numeru telefonu, maila, adresu do korespondencji.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:

- a) do objęcia mnie ubezpieczeniem grupowym na życie wymagane jest złożenie poprawnie wypełnionej deklaracji oraz podpisania niniejszego oświadczenia (deklaracje bez oświadczenia nie będą zgłaszane do ubezpieczenia, a przekazana składka będzie zwracana na konto, z którego nadano przelew).
W deklaracji uczestnictwa osoba przystępująca do ubezpieczenia zawsze określa krótko: PRACOWNIK – wynika to z produktu ubezpieczeniowego do jakiego przystępuje; jest to grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie. Deklaracje niewłaściwie oznaczone będą zwracane, a osoba w zgłaszanym terminie nie zostanie przyjęta do ubezpieczenia. DEKLARACJA SKŁADA SIĘ Z 2 STRON.
- b) brak wpłaty składki w wyznaczonym terminie skutkować będzie utratą ochrony ubezpieczeniowej i wystąpieniem przeze mnie z ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby zawarcia i wykonywania umowy grupowego ubezpieczenia na życie w TU na Życie Warta S.A. przez BROCA z siedzibą przy ul. Krzyckiej 86F/8 we Wrocławiu. Oświadczam, że przekazuję moje dane osobowe dobrowolnie i mam świadomość, że przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji lub dokumentów dotyczących umowy ubezpieczenia na innym niż pismo trwałym nośniku.

DLA CZŁONKÓW RODZIN ZASTOSOWANIE MA ZAPIS (DOTYCZY WSPÓŁMAŁŻONKÓW/ PARTNERÓW/ PEŁNOLETNICH DZIECI):

odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z wykonywaniem jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: *górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.*

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia WARTA EKSTRABIZNES PLUS dostępne na www.dolnoslaski.kidp.pl (zakładka ubezpieczenie grupowe)

Zapoznałem/zapoznałam się z powyższymi informacjami, co potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
(czytelny podpis Ubezpieczonego)

* - proszę zakreślić wybrany wariant