

Ubezpieczający: ORGANIZACJA MIĘDZYKŁADOWA NSZZ "SOLIDARNOŚĆ" PRACOWNIKÓW I FUKCJONARIUSZY POLICJI Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU
Seria i numer polisy: NG0049873
Numer listy przystąpień/wniosku o zmianę:

☐ **A. Ubezpieczony:**

☐ **Pracownik: umowa o pracę**
Osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, członek zarządu spółki prawa handlowego, przedsiębiorca będący osobą fizyczną prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą jako ubezpieczający.

☐ **Pracownik: kontrakt menadżerski**
Osoba zatrudniona na podstawie kontraktu menadżerskiego (zarządzająca przedsiębiorstwem lub jego częścią).

☐ **Pracownik: inna umowa (w tym zlecenia, o dzieło)**

☐ **Małżonek Pracownika**

☐ **Pełnoletnie Dziecko Pracownika**

☐ **Partner Pracownika**

B. Wybór wariantu ubezpieczenia

Do wariantu może przystąpić wyłącznie Pracownik: umowa o pracę.

	Wariant	Składka	Ograniczenia
<input type="checkbox"/>	Wariant 1	67,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 2	77,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 3	83,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 4	97,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 5	110,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 6	125,00 zł	
<input type="checkbox"/>	Wariant 7	147,00 zł	Do wariantu mogą przystąpić wyłącznie pracownicy (bez Małżonków, Partnerów, Pełnoletnich Dzieci)
<input type="checkbox"/>	Wariant 8	169,00 zł	Do wariantu mogą przystąpić wyłącznie pracownicy (bez Małżonków, Partnerów, Pełnoletnich Dzieci)
<input type="checkbox"/>	Wariant 9	143,00 zł	Do wariantu mogą przystąpić wyłącznie pracownicy (bez Małżonków, Partnerów, Pełnoletnich Dzieci)
<input type="checkbox"/>	Wariant 10	177,00 zł	Do wariantu mogą przystąpić wyłącznie pracownicy (bez Małżonków, Partnerów, Pełnoletnich Dzieci)

Wybór pakietu dodatkowego (w ramach każdego pakietu dodatkowego dopuszczalny tylko jeden wariant pakietu dodatkowego):

Pakiet dodatkowy	Warianty pakietów dodatkowych			
DZIECKO	<input type="checkbox"/> 15,00 zł Wariant 121 – DZIECKO – STANDARD	<input type="checkbox"/> 25,00 zł Wariant 122 – DZIECKO – KOMFORT	<input type="checkbox"/> 35,00 zł Wariant 123 – DZIECKO – PREMIUM	
ONKOLOGICZNY	<input type="checkbox"/> 10,00 zł Wariant 127 – ONKOLOGICZNY – STANDARD	<input type="checkbox"/> 20,00 zł Wariant 128 – ONKOLOGICZNY – KOMFORT	<input type="checkbox"/> 33,00 zł Wariant 129 – ONKOLOGICZNY – PREMIUM	
KARDIOLOGICZNY	<input type="checkbox"/> 10,00 zł Wariant 130 – KARDIOLOGICZNY – STANDARD	<input type="checkbox"/> 20,00 zł Wariant 131 – KARDIOLOGICZNY – KOMFORT	<input type="checkbox"/> 30,00 zł Wariant 132 – KARDIOLOGICZNY – PREMIUM	
WSPARCIE DLA RODZICÓW	<input type="checkbox"/> 10,00 zł Wariant 133 – DLA RODZICÓW			
AKTYWNI	<input type="checkbox"/> 15,00 zł Wariant 134 – AKTYWNI – STANDARD	<input type="checkbox"/> 20,00 zł Wariant 135 – AKTYWNI – KOMFORT	<input type="checkbox"/> 25,00 zł Wariant 136 – AKTYWNI – PREMIUM	
WYPADEK	<input type="checkbox"/> 10,00 zł Wariant 137 – WYPADEK – STANDARD	<input type="checkbox"/> 15,00 zł Wariant 138 – WYPADEK – KOMFORT	<input type="checkbox"/> 20,00 zł Wariant 139 – WYPADEK – PREMIUM	
TELEZDROWIE	<input type="checkbox"/> 12,00zł Wariant 301 – Telezdrowie Dla Ciebie	<input type="checkbox"/> 23,00zł Wariant 302 – Telezdrowie Dla Dwojga	<input type="checkbox"/> 34,00zł Wariant 303 – Telezdrowie Dla Rodziny	
	<input type="checkbox"/> 17,00zł Wariant 304 – Telezdrowie Plus Dla Ciebie	<input type="checkbox"/> 33,00 zł Wariant 305 – Telezdrowie Plus Dla Dwojga	<input type="checkbox"/> 49,00zł Wariant 306 – Telezdrowie Plus Dla Rodziny	
	<input type="checkbox"/> 27,00 zł Wariant 307 – Telezdrowie Premium Dla Ciebie	<input type="checkbox"/> 53,00 zł Wariant 308 – Telezdrowie Premium Dla Dwojga	<input type="checkbox"/> 79,00 zł Wariant 309 – Telezdrowie Premium Dla Rodziny	

C. Dane Ubezpiezonego

Imiona

PESEL

*Wypełnić tylko w przypadku, gdy deklaracja składana jest przez osobę nie posiadającą obywatelstwa polskiego

Rodzaj dokumentu tożsamości*

Nazwisko

Seria i nr dokumentu*

Obywatelstwo

Data urodzenia

Telefon komórkowy

Zawód wykonywany

E-mail

Data zatrudnienia

D. Adres do korespondencji

Ulica

Kod pocztowy

Poczta

Nr domu

Miejscowość

Nr mieszkania

Kraj

E. Dane Pracownika (wypełnij w przypadku, gdy jesteś Małżonkiem, Pełnoletnim Dzieckiem lub Partnerem Pracownika)

Imię i nazwisko Pracownika

Numer PESEL Pracownika

F. Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
			RAZEM 100%

* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia (RRRR-MM-DD)

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

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
			RAZEM 100%

* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia (RRRR-MM-DD)

H. Oświadczenia Ubezpieczonego

I. OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywam na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 7 kolejnych dni (nie dotyczy zwolnień z powodu: złamania kończyny, skrócenia, 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 uprawnień 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, Wariant 2, Wariant 3, Wariant 4, Wariant 5, Wariant 6, Wariant 7, Wariant 8, Wariant 9, Wariant 10:
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 2026-07-01.

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 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 zawartej w oparciu o Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie 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 niniejszej dokumentacji.

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, 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 w zakresie świadczeń assistance w ramach umowy ubezpieczenia przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w celu i 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
Pakiet dodatkowy ONKOLOGICZNY	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 a 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.
Pakiet dodatkowy KARDIOLOGICZNY	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, zaciskające zapalenie osierdza, przewlekłe wirusowe zapalenie mięśnia serca, udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego, wady serca, kardiomiopatii, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności krążenia, krwawienia śródczaszkowe, cukrzycy, przewlekłej niewydolności 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.

Pakiet dodatkowy TELEZDROWIE	Wszyscy	Przyjmuję do wiadomości, iż odbiorcą moich danych osobowych jest dostawca usług będących przedmiotem ubezpieczenia Telmedicin sp. z o.o z siedzibą w Warszawie w zakresie i w celu niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego) lub oceny zgłoszonego roszczenia. TUnŻ "WARTA" S.A. jest odbiorcą danych osobowych w zakresie i w celu niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (w szczególności danych o typie usług oraz danych niezbędnych do weryfikacji tożsamości) od Telmedicin sp. z o.o. Więcej informacji znajduje się w klauzuli informacyjnej dołączonej do deklaracji lub Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Odpowiedzialność wobec współubezpieczonych rozpocznie się w dniu po wskazaniu ich przez portal pacjenta, adres: https://warta.telemedi.com albo podczas rozmowy z konsultantem na infolinii pod numerem telefonu 222 722 722.
---------------------------------	---------	--

TUnŻ „WARTA” S.A. dba o Pani/Pana dane osobowe, przetwarza je zgodnie z przepisami prawa i starannością. Szczegóły w tym informacje o wszystkich przysługujących prawach i zasadach przetwarzania danych przez TUnŻ „WARTA” S.A. znajdują się w załączonej „Klauzuli dotyczącej przetwarzania danych osobowych”, a także na stronie internetowej pod adresem: www.warta.pl.

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