**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY UBEZPIECZENIA NNW POTWIERDZONEJ POLISA NR:**

Dane Ubezpieczonego:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………..…….. Pesel: ……………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW) | | | | | | |
| Zakres Ubezpieczenia\* | Funkcjonariusz / Emeryt | | Współmałżonek i dziecko pow.20 r. ż | | Dziecko do 20 r. ż. | |
| 1) | 2) | 3) | 4) | 5) | 6) |
| Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku | 40.000 zł | 12.500 zł | 7.500 zł | 12.500 zł | 7.500 zł | 5.000 zł |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu  Świadczenia proporcjonalne | 400 zł | 250 zł | 150 zł | 250 zł | 150 zł | 100 zł |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu powyżej 89% uszczerbku | 800 zł | 500 zł | 300 zł | 500 zł | 300 zł | 200 zł |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu za 100% uszczerbku | 80.000 zł | 50.000 zł | 30.000 zł | 50.000 zł | 30.000 zł | 20.000 zł |
| Koszty leczenia na terenie RP | 5.000 zł | 2.000 zł | - | 1.000 zł | - | 1.000 zł |
| Zasiłek szpitalny za każdy dzień pobytu | - | 50 zł | - | 50 zł | - | 50 zł |
| Przeszkolenie zawodowe inwalidów | 5.000 zł | 5.000 zł | 3.750 zł | 5.000 zł | 3.750 zł | 2.500 zł |
| Zakres ubezpieczenia rozszerzony o następstwa zawału lub udaru mózgu | tak | tak | tak | tak | tak | tak |
| Usługi assistance | tak | tak | tak | tak | tak | tak |
| Składka miesięczna za 1 osobę | 25,50 zł | 14,50 zł | 4,50 zł | 9,50 zł | 3,80 zł | 4,50 zł |

\*wybór wariantu

**DANE UPOSAŻONYCH:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | **Data urodzenia lub Pesel** | **% świadczenia\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Suma wskazań musi wynosić 100%

**DANE OSÓB WSPÓŁUBEZPIECZONYCH: WSPÓŁMAŁŻONKA, DZIECI:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania**  **(jeśli jest inny niż ubezpieczonego)** | **WSPÓŁMAŁŻONEK / DZIECKO** | **NR WARIANTU** | **DATA URODZENIA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczenia**

**Zgoda i oświadczenie dotyczące umowy ubezpieczenia**

Ja niżej podpisany oświadczam, iż dobrowolnie przystępuję do umowy grupowego ubezpieczenia NNW zawartej z TUiR WARTA SA.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z warunkami umowy ubezpieczenia nr……. oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia zamieszczonymi na stronie internetowej www.warta.pl oraz przysługującymi mi prawami i akceptuję w całości ich postanowienia. Upoważniam Pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej za grupowe ubezpieczenie nnw z mojego wynagrodzenia za prace, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji ,,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 Warta uzyskała 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 Wartę, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę.

W przypadku jakichkolwiek pytań, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z inspektorem ochrony danych na adres IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej lub osobiście/telefonicznie z agentem.

Warta 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 Wartę znajdują się na banerze informacyjnym u agenta lub w załączniku do polisy, a także na stronie internetowej pod adresem: www.warta.pl

Oświadczam, że zapoznałam\em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Wartę.

Wyrażam zgodę:

Na przesyłanie mi przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji ,,WARTA” S. A. drogą elektroniczną na mój adres e-mail Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz innych informacji i dokumentów niezbędnych do zawarcia każdej umowy ubezpieczenia wchodzącej w zakres działalności prowadzonej przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji ,,WARTA” S. A.

□ tak □ nie

**Data Podpis Ubezpieczonego**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

\* W przypadku braku zgody prosimy o skreślenie danego oświadczenia