

## Analiza Potrzeb Klienta

### Profil Klienta

Kawaler/Panna	Małżeństwo/Para bez dzieci	Rodzic z dzieckiem	Małżeństwo/Para z dzieckiem	Powyżej 55+	Wysokie sumy ubezpieczenia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Preferowana składka miesięczna

33 - 60	61 - 100	101 - 189	190 - 350*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* UWAGA w przypadku wyboru wariantu składki w przedziale 190-350 zł (pakiet VIP), konieczne jest udzielenie odpowiedzi na dodatkowe pytanie dotyczące stanu zdrowia

### A.\* Dane Klienta

Imię/Imiona

Nazwisko

Data urodzenia -- PESEL  Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo  Zawód wykonywany

Telefon kontaktowy  E-mail

### B.\* Adres zamieszkania

Ulica  Nr domu  Nr mieszkania

Kod pocztowy  -  Miejscowość  Kraj

### C.\* Dane Partnera Klienta

Imię i nazwisko / Nazwa	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL / REGON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### D.\* Dane Uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Klienta

Imię i nazwisko / Nazwa	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL / REGON	% świadczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<b>RAZEM 100%</b>

\* zaznaczyć jedno właściwe pole

### Wybór wariantu

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Twoje Życie - składka 33 zł/miesiąc                | <input type="checkbox"/> Życie Rodziny Premium - składka 115 zł/miesiąc               |
| <input type="checkbox"/> Twoje Życie Plus - składka 49 zł/miesiąc           | <input type="checkbox"/> Życie i Zdrowie Rodziny - składka 64 zł/miesiąc              |
| <input type="checkbox"/> Twoje Życie i Zdrowie - składka 46 zł/miesiąc      | <input type="checkbox"/> Życie i Zdrowie Rodziny Plus - składka 90 zł/miesiąc         |
| <input type="checkbox"/> Twoje Życie i Zdrowie Plus - składka 63 zł/miesiąc | <input type="checkbox"/> Życie i Zdrowie Rodziny Premium - składka 119 zł/miesiąc     |
| <input type="checkbox"/> Życie Rodziny - składka 54 zł/miesiąc              | <input type="checkbox"/> Życie i Zdrowie - We Dwoje - składka 75 zł/miesiąc           |
| <input type="checkbox"/> Życie Rodziny Plus - składka 83 zł/miesiąc         | <input type="checkbox"/> Życie i Zdrowie - Rodzic z dzieckiem - składka 59 zł/miesiąc |

### Wybór pakietu dodatkowego

- Brak  Pakiet „S” - składka 6 zł/miesiąc  Pakiet „M” - składka 10 zł/miesiąc  Pakiet „L” - składka 13 zł/miesiąc

### Wybór pakietu VIP\*

- Twoje Życie VIP - składka 190 zł/miesiąc  Życie Rodziny VIP - składka 230 zł/miesiąc  Życie i Zdrowie Rodziny VIP - składka 350 zł/miesiąc

\* UWAGA w przypadku wyboru pakietu VIP), konieczne jest udzielenie odpowiedzi na dodatkowe pytanie dotyczące stanu zdrowia

### Wybór pakietu „Twoje Życie 55+”

- Twoje Życie 55 Plus - składka 69 zł/miesiąc
- Twoje Życie 55 Plus - Pakiet „S” - składka 84 zł/miesiąc
- Twoje Życie 55 Plus - Pakiet „M” - składka 98 zł/miesiąc

Informacje o stanie zdrowia	TAK	NIE
Czy przebywa Pan/Pani oraz w ciągu ostatniego roku przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni? (nie dotyczy zwolnień lekarskich w sytuacji: złamania kończyn dolnych lub górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dolnych lub górnych, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków lub zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy obecnie przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo - leczniczym lub innej podobnej placówce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niezdolności do pracy, uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych, orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia UWAGA: dotyczy wyłącznie osób, które wybrały wariant ze składką 190 zł oraz 230 zł	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 5 lat chorował/a Pan/Pani na wymienione choroby: nowotwór, cukrzycę, przewlekłą niewydolność nerek, udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, wady serca, chorobę wieńcową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, marskość wątroby, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub typu C, choroby psychiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia UWAGA: dotyczy wyłącznie osób, które wybrały wariant ze składką 350 zł	TAK	NIE
Czy w przeszłości chorował/a Pan/i lub choruje obecnie na którąkolwiek z chorób: zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, nadciśnienie, wady serca, przewlekłe choroby układu krążenia, stany zapalne nerek, kamica nerek, torbielowość nerek, nadnercze, przewlekłe choroby układu moczowego, astma, chroniczny bronchit, gruźlica, przewlekłe choroby układu oddechowego, cukrzyca, choroby tarczycy, zapalenie trzustki, jelit, przewlekłe choroby układu pokarmowego, nowotwory, guzy, chłoniaki, białaczka, udar, porażenie, niedowład, stwardnienie rozsiane (SM), padaczka, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków), zaburzenia nerwicowe, zaburzenia psychiczne, choroby psychiczne, inne przewlekłe choroby układu nerwowego, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub typu C, przewlekłe choroby wątroby, borelioza, AIDS, zakażenie wirusem HIV, choroby układowe tkanki łącznej, toczeń rumieniowaty układowy, twardzina, rumień guzowaty, osteoporoza, choroby kręgosłupa leczone operacyjnie lub wymagające leczenia operacyjnego, reumatoidalne zapalenie stawów, przewlekłe zapalenie stawów i kości?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy obecny stan Pani/Pana zdrowia wymaga systematycznej/regularnej opieki ambulatoryjnej, opieki szpitalnej, przyjmowania leków, leczenia operacyjnego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w przeszłości palił/a Pan/i lub pali obecnie powyżej 40 sztuk papierosów dziennie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### D. Oświadczenia

- Niniejsze oświadczenie należy wypełnić wyłącznie, gdy ubezpieczający jest osobą fizyczną posiadającą adres zamieszkania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej:**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym oświadczam, iż jestem/nie jestem\* osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (PEP)\*\*. Zobowiązuję się jednocześnie do niezwłocznego poinformowania Spółki w przypadku zmiany danych objętych oświadczeniem.

\*w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „jestem” wnioskopolisa może być wystawiona tylko po uzyskaniu pisemnej zgody ubezpieczyciela.

\*\*zgodnie z art. 2 ust. 1f Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 16.11.2000 r. (tekst jednolity Dz.U.2017 poz. 1049 z późn.zm.) przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne rozumie się następujące osoby fizyczne:

  - szeefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków organów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, charges d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych - którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne - w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w niniejszym punkcie.
  - małżonków osób, których mowa w pkt. a) lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci tych osób, o których mowa w pkt. a), małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
  - które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w pkt. a) w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątków podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób.

2. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TUŃŻ „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 TUŃŻ „WARTA” S.A. uzyskało 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 TUŃŻ „WARTA” S.A., w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez TUŃŻ „WARTA” S.A. W przypadku jakichkolwiek pytań, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z inspektorem ochrony danych pod adresem [IOD@warta.pl](mailto:IOD@warta.pl) lub drogą pisemną pod adresem siedziby TUŃŻ „WARTA” S.A. podanym powyżej lub osobiście/telefonicznie z agentem. TUŃŻ „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 TUŃŻ „WARTA” S.A. znajdują się w „Klauzulach dotyczących przetwarzania danych osobowych” dostępnych u agenta oraz na stronie internetowej pod adresem: [www.warta.pl](http://www.warta.pl). Oświadczam, że zapoznałam się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez TUŃŻ „WARTA” S.A.

Wyrażenie zgód, wskazanych w oświadczeniach nr 3-5, jest dobrowolne lecz konieczne do zawarcia umowy.

Brak wyrażenia którejkolwiek z poniższych zgód spowoduje brak możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia.

[ ] **Wyrażam zgodę** / [ ] **Nie wyrażam zgody na:**
- Przetwarzanie przez TUŃŻ „WARTA” S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia. Dane będą pochodziły ze złożonych dokumentów i oświadczeń oraz od podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń zdrowotnych, Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane będą przetwarzane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodę można odwołać kontaktując się z TUŃŻ „WARTA” S.A. za pośrednictwem adresu e-mail: [iod@warta.pl](mailto:iod@warta.pl) lub przesyłając pismo na adres TUŃŻ „WARTA” S.A.
- Przetwarzanie przez TUŃŻ „WARTA” S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w oparciu o profilowanie w sposób zautomatyzowany i podejmowanie zautomatyzowanych decyzji. Oznacza to, że decyzje dotyczące wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia będą podejmowane przez system informatyczny, bez wpływu człowieka. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych o stanie zdrowia znajdujących się w składanych przeze mnie dokumentach i oświadczeniach. Dla przykładu, niektóre choroby mogą wiązać się z wyższym ryzykiem zgonu i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa lub możemy odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez człowieka.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodę można odwołać kontaktując się z TUŃŻ „WARTA” S.A. za pośrednictwem adresu e-mail: [iod@warta.pl](mailto:iod@warta.pl) lub przesyłając pismo na adres TUŃŻ „WARTA” S.A.
- Występowanie przez TUŃŻ „WARTA” S.A., do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia w celu uzyskania informacji o nazwach i adresach świadczących usług, którzy udzielił świadczenia, którymi opieką zdrowotną w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności, w celu i w zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszej wnioskopolisy (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).

Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody, udzielonej w oświadczeniach nr 6-11, w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

6.  **Wyrażam zgodę** /  **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie po rozwiązaniu umowy moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, dane kontaktowe, historia polisowa i historia szkodowości przez TUnŻ „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 trwania umowy lub do cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzania danych osobowych w tym celu.
7.  **Wyrażam zgodę** /  **Nie wyrażam zgody** na otrzymywanie od TUnŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych, wybierając jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (e-mail, sms).
8.  **Wyrażam zgodę** /  **Nie wyrażam zgody** na otrzymywanie od TUnŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych z użyciem automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
9.  **Wyrażam zgodę** /  **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, dane kontaktowe, historia polisowa i historia szkodowości 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 przetwarzania danych osobowych w tym celu. Powyżej wskazane dane zostaną udostępnione przez administratora danych temu podmiotowi.
10.  **Wyrażam zgodę** /  **Nie wyrażam zgody** na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych, wybierając jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (e-mail, sms).
11.  **Wyrażam zgodę** /  **Nie wyrażam zgody** na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych z użyciem automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

---

Data podpisania

---

Czytelny podpis Klienta