

WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA WARTA DLA CIEBIE I RODZINY

warta.

WYBÓR WARIANTU

<input type="checkbox"/> SINGIEL	<input type="checkbox"/> RODZINA	<input type="checkbox"/> WE DWOJE	<input type="checkbox"/> RODZIC Z DZIECKIEM	<input type="checkbox"/> 55 PLUS	<input type="checkbox"/> VIP
<input type="checkbox"/> PODSTAWOWY		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL
<input type="checkbox"/> Twoje Zdrowie <input type="checkbox"/> Twoje Życie i Zdrowie	<input type="checkbox"/> Życie Rodziny <input type="checkbox"/> Życie i Zdrowie Rodziny	<input type="checkbox"/> Życie i Zdrowie we Dwoje	<input type="checkbox"/> Życie i zdrowie Rodzic z Dzieckiem		<input type="checkbox"/> Twoje Życie <input type="checkbox"/> Życie Rodziny <input type="checkbox"/> Życie i Zdrowie Rodziny
<input type="checkbox"/> Plus		<input type="checkbox"/> Premium			
PAKIETY DODATKOWE					
<input type="checkbox"/> WYPADEK	<input type="checkbox"/> AKTYWNI	<input type="checkbox"/> ZDROWIE DZIECKA	<input type="checkbox"/> AKTYWNE DZIECKO	<input type="checkbox"/> ZDROWIE PLUS	

Składka:

DANE OSOBOWE I ADRESOWE

Imię i Nazwisko		Rodzaj dokumentu ze zdjęciem	
PESEL		Nr dokumentu ze zdjęciem	
Obywatelstwo		Miejsce urodzenia	
Zawód wykonywany			
Adres	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Adres korespondencyjny	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Email		Telefon	

UPOSAŻENI

Imię i Nazwisko / Firma	Pesel / Regon	Udział	Stopień pokrewieństwa

DEKLARACJA STANU ZDROWIA

Ubezpieczony przebywa na zwolnieniu lekarskim lub w ciągu ostatniego roku licząc od daty podpisywania wniosku przebywał na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni? Nie dotyczy sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczy/ dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyn dolnych i górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dolnych górnych, usunięcie wyrostka robaczkowego, migdałków oraz zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka)?

TAK NIE

Ubezpieczony przebywa w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w innej podobnej placówce?

TAK NIE

Ubezpieczony posiada orzeczenie o niezdolności do pracy lub uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych lub orzeczenie o niepełnosprawności?

TAK NIE

Pytanie dodatkowe w przypadku wyboru wariantu VIP

Ubezpieczony oświadcza, że w ciągu ostatnich 5 lat licząc od dnia podpisania niniejszej wnioskopolisy chorował/a i choruje 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.

TAK NIE

WAŻNE! Udzielenie przynajmniej jednej odpowiedzi TAK uniemożliwia zawarcie ubezpieczenia

ZGODA WYMAGANA DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA

Wyrażam zgodę na występowanie przez TUnŻ "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 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 zawartej na podstawie niniejszej wnioskopolisy/ niniejszego wniosku (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).

TAK NIE *Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz konieczne do zawarcia umowy.*

ZGODY MARKETINGOWE

Wyrażam zgodę 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.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od TUnŻ "WARTA" S.A. informacji handlowo-marketingowych, wybierając jako formę kontaktu wiadomości elektroniczne (e-mail, sms).

TAK NIE

Wyrażam zgodę 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).

TAK NIE

Wyrażam zgodę 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 3 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.

TAK NIE

Data, miejscowość, podpis Ubezpieczającego