

**UBEZPIECZENIE GRUPOWE
DEKLARACJA [] PRZYSTĄPIENIA / [] ZMIANY**

Ubezpieczający: **Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych SIGMA**

Proponowana data rozpoczęcia ochrony:

A. Wybór wariantu ubezpieczenia:

	Wariant	Cena (zł)	Ograniczenia
	Polisa NG15656		
[]	Wariant 1	50.00	<i>Do wariantów mogą przystąpić osoby, które ukończyły 18 r.ż. a nie ukończyły 55 r.ż.</i>
[]	Wariant 2	55.00	
[]	Wariant 3	65.00	
[]	Wariant 4	75.00	
[]	Wariant 5	78.00	
[]	Wariant 6	80.00	
[]	Wariant 7	90.00	
[]	Wariant 8	105.00	
	Polisa NG20151		
[]	Wariant 1	55.00	<i>Do wariantów mogą przystąpić osoby, które ukończyły 55 r.ż. a nie ukończyły 65 r.ż.</i>
[]	Wariant 2	60.00	
[]	Wariant 3	70.00	
[]	Wariant 4	80.00	
[]	Wariant 5	85.00	
[]	Wariant 6	95.00	
[]	Wariant 7	110.00	
	Polisa NG10021		
[]	Wariant 1	50.00	<i>Do wariantów mogą przystąpić osoby, które ukończyły 65 r.ż. a nie ukończyły 75 r.ż.</i>
[]	Wariant 2	60.00	
[]	Wariant 3	70.00	
[]	Wariant 4	80.00	
[]	Wariant 5	90.00	

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

Pakiet dodatkowy	Warianty pakietów dodatkowych		
Zdrowie Dziecka	[] 5 zł	[] 10 zł	[] 15 zł
Aktywne Dziecko	[] 5 zł	[] 10 zł	[] 15 zł
Wypadek	[] 5 zł	[] 10 zł	[] 15 zł
Aktywni	[] 5 zł	[] 10 zł	[] 15 zł
Pomoc w chorobie	[] 5 zł	[] 10 zł	[] 15 zł

B. Dane Ubezpieczonego:

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Imiona	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	Rodzaj dokumentu tożsamości*	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>	Seria i nr dokumentu*	<input type="text"/>
Telefon kontaktowy	<input type="text"/>	Zawód wykonywany	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Data zatrudnienia	<input type="text"/>

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

C. Adres do korespondencji:

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	Kraj

D. Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego:

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	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"/>
			RAZEM 100%

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

Dane uprawnionych zastępczych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego:

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	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"/>
			RAZEM 100%

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

E. Oświadczenie Ubezpieczonego:

I. OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

1. Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:

- a) nie przebywam oraz w ciągu ostatniego roku licząc od daty podpisania niniejszej deklaracji nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, za wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienia lekarskie dotyczyły/dotyczyły tylko i wyłącznie: złamania kończyn dolnych i górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dolnych górnych, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków oraz złożeń lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka),
- b) nie przebywam w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo – leczniczym i innej podobnej placówce,
- c) nie posiadam orzeczenia o niezdolności do pracy lub służby, uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych, orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie chorowałem/am, nie choruję, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych wymienionych jednostek: nowotwór, choroba wieńcowa, wada serca, zawał mięśnia sercowego, przerost mięśnia sercowego, cukrzyca, niewydolność nerek, udar mózgu lub przejściowe niedokrwienie mózgu, niewydolność lub marskość wątroby, HIV, choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne, zaburzenie nerwicowe, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków).
Powyższe oświadczenie w zakresie pkt 2. nie dotyczy osób, które bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej umowy ubezpieczenia były objęte ochroną w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie, zawartej przez Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych Sigma z TUŃŻ WARTA S.A.

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.

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 TUŃŻ „WARTA” S.A. do uznania wskazanych powyżej przeze mnie danych kontaktowych za dane kontaktowe we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na mój rachunek z TUŃŻ „WARTA” S.A.

4. Przyjmuję do wiadomości, iż 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, trener 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 zwłóce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

III. KLAUZULE MARKETINGOWE

Wyrażenie nw. zgod 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:*	* Brak zaznaczenia powoduje brak wyrażenia zgody.
<input type="checkbox"/>	1. otrzymywanie od TUŃŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUŃŻ „WARTA” S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. drogą elektroniczną (poprzez e-mail, sms/mms).
<input type="checkbox"/>	2. otrzymywanie od TUŃŻ „WARTA” S.A. informacji handlowo-marketingowych dotyczących produktów i usług Grupy Warta tj. TUŃŻ „WARTA” S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. drogą telefoniczną (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

F. Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym:

Wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim w dniu wypełnienia deklaracji i wskazuje Partnera 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

Jednocześnie informuję, że wskazana osoba nie jest ze mną spokrewniona i prowadzimy wspólne gospodarstwo domowe.

G. Oświadczenie dotyczące możliwości występowania do podmiotów udzielających świadczeń leczniczych:

1. Wyrażam zgodę na występowanie przez TUŃŻ „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, w celu i w zakresie potrzebnym do realizacji umowy ubezpieczenia do której przystępuję, na podstawie niniejszej deklaracji przystąpienia (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).

2. Wyrażam zgodę na udzielanie TUŃŻ „WARTA” S.A. informacji dotyczących odbytej wizyty lub spełnienia innej usługi z zakresu 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).

H. Klauzule informacyjne:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TUŃŻ „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa. 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. 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 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 lub drogą pisemną pod adresem siedziby TUŃŻ „WARTA” S.A. podanym powyżej.

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 załączonych „Klauzulach dotyczących przetwarzania danych osobowych”, a także na stronie internetowej pod adresem: www.warta.pl.

Data podpisania

podpis Ubezpieczonego



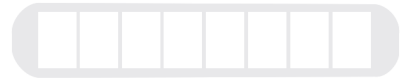
KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Warta dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą ich przetwarzania.

	UBEZPIECZONY	
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („Warta”). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod adresem siedziby lub w sposób podany na stronie www.warta.pl .	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH	Warta uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez niego wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, w tym przekazaniem listy osób przysługujących do umowy ubezpieczenia, oraz deklaracją przystąpienia do umowy ubezpieczenia.	
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym finansowego i medycznego, oraz wylczenia składki ubezpieczeniowej służącej do przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej; W celu oceny ryzyka Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszerogowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła wysokość składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dane zawarte w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z Wartą lub w których jest Pani/ Pan objęta(-ty) ochroną ubezpieczeniową, jak również dane, w tym dane o stanie zdrowia, na podstawie złożonych przez Panią/Pana oświadczeń i dokumentów. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika. W przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia z funduszem kapitałowym, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 2) badania adekwatności produktu, w tym przede wszystkim adekwatności dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem, na podstawie rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu i systemu zarządzania produktem oraz przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń; W celu badania adekwatności dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem kapitałowym Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji wobec klientów, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszerogowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła zasady przystępowania do umów ubezpieczenia z funduszem. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie adekwatności. Konsekwencją takiego przetwarzania jest rozpoznanie zindywidualizowanych potrzeb ubezpieczonego i odpowiednie dopasowanie dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem do wskazanych przez niego potrzeb, możliwości finansowych i stanu wiedzy na temat ryzyka inwestycyjnego oraz w dziedzinie ubezpieczeń. Analiza danych skutkuje oceną, jaki charakter inwestycji w dodatkowej umowie ubezpieczenia z funduszem jest odpowiedni do potrzeb ubezpieczonego, oraz może to skutkować ustaleniem, że dany produkt jest nieadekwatny – wówczas przystąpienie do umowy ubezpieczenia z dodatkową umową ubezpieczenia z funduszem jest możliwe jedynie na Pani/Pana indywidualne żądanie. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 3) obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną są przepisy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz niezbędność do wykonania umowy ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń; 4) realizacji przepisów (w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia z funduszem kapitałowym): a) ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS), w tym identyfikowania zagranicznych rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach do Szefa Krajowej Administracji Skarbowej przez okres wynikający z tych przepisów; b) ustawy o wykonywaniu umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, w tym identyfikowania amerykańskich rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej; 5) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia; 6) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia; 7) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw Warty w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi na podstawie prawnie uzasadnionych interesów Warty, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących Warcie bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę Warty; 8) marketingu własnych produktów lub usług Warty, w tym profilowania, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. promowania własnych produktów lub usług Warty, do czasu wyrażenia przez Panią/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu; 9) obsługi zgłoszonego świadczenia, w tym wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia, na podstawie umowy ubezpieczenia, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez Wartę decyzji w przedmiocie wypłaty świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń; 10) ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub zgłoszenia roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzeniem od Warty roszczeniem; 11) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń; 12) oceny satysfakcji z usług Warty – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli przebiegu i podnoszenia standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez Wartę opinii, przez okres obowiązywania Pani/Pana ochrony ubezpieczeniowej; 13) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
	DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od Warty potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez Wartę; 2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne; 3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłada to realizacji umowy ubezpieczenia lub obowiązków Warty wynikających z przepisów prawa); 4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający Warcie zweryfikować zasadność żądania; 5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od Warty w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył(a) Warcie i które Warta przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie umowy ubezpieczenia, w ramach której jest Pani/Pan objęta(-ty) ochroną. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe;

DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	<p>6) 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, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę. Pomimo sprzeciwu Warta jest uprawniona w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;</p> <p>7) wniesienia skargi do organu nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).</p> <p>Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, 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.</p> <p>Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania jej.</p>
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	<p>W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem danych osobowych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną, poprzez: IOD@warta.pl, lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce „Kontakt”. Kontakt z agentem jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.</p>
ODBIORCY DANYCH	<p>Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia, inne podmioty – w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia lub oceny zgłoszonego roszczenia, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej.</p> <p>Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.</p>
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	<p>Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, takich jak: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówki medyczne – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy ubezpieczenia lub oceny zgłoszonego roszczenia.</p>
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	<p>Podanie danych jest niezbędne do zawarcia i przystąpienia do umowy ubezpieczenia, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.</p>



DEKLARACJA CZŁONKA WSPIERAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany, deklaram wole przystąpienia do Południowego Stowarzyszenia Ubezpieczonych - SIGMA i oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, rola i zadania stowarzyszenia.

DANE PERSONALNE

(WYPEŁNIA KANDYDAT NA CZŁONKA WSPIERAJĄCEGO)

Nazwisko		Imię	
data ur.		PESEL	
adres koresp.		poczta	
ulica		nr domu	
mięscowość		nr lokalu	
telefon		mail	

Członkostwo wspierające w Południowym Stowarzyszeniu Ubezpieczonych - SIGMA (w skrócie PSU) nie powoduje zobowiązań finansowych wobec stowarzyszenia z tytułu członkostwa. Członkostwo w stowarzyszeniu jest dobrowolne i uzyskuje się po przyjęciu kandydata przez zarząd stowarzyszenia. PSU zrzesza osoby zainteresowane promowaniem, wspieraniem i rozwojem rynku ubezpieczeniowego, w tym ubezpieczeń grupowych i zabezpieczenia społecznego, a ponadto ochroną interesów ubezpieczonych.

Będąc poinformowanym o prawie cofnięcia niniejszego oświadczenia, na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady, (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. - RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PSU z siedzibą przy ul. Kasprowicza 1, 32-600 Oświęcim, KRS 0000245600, w zakresie prawnie ciążących na nim jako na stowarzyszeniu obowiązków i zakresie prawnie uzasadnionych interesów związanych z wykonywaniem zawartych na rzecz członków umów ubezpieczenia.

Będąc poinformowanym o prawie do cofnięcia niniejszego oświadczenia, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia i przebiegu procesów leczniczych przez PSU z siedzibą przy ul. Kasprowicza 1, 32-600 Oświęcim, KRS 0000245600 w celu przeprowadzania czynności zmierzających do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych.

W związku z umową ubezpieczenia grupowego zawartej na rzecz ubezpieczonego Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych - SIGMA jako ubezpieczający w trybie art.18 ustawy z dn. 11.09.2015r. o działalności ubezpieczeniowej reasekuracyjnej (DZ.U.2017.1170 t.j. ze zmianami) informujemy co następuje. Umowa zawarta jest z Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji "WARTA" S.A. Z tytułu zawartej umowy Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych - SIGMA nie pobiera wynagrodzenia. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do złożenia reklamacji - w opracji o ustawę z dnia 05.08.2015r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (DZ.U.2017.2270 t.j.) a także prawo wniesienia skargi oraz skorzystania z możliwości pozasądowego rozwiązywania sporów.

data i czytelny podpis