warta.

SIGMA
POŁUDNIOWE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH

UBEZPIECZENIE GRUPOWE
DEKLARACJA ☐ PRZYSTĄPIENIA / ☐ ZMIANY

Ubezpieczający: **Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych SIGMA**

Proponowana data rozpoczęcia ochrony: _____

A. Wybór wariantu ubezpieczenia

Polisa nr NG 15656 Do wariantów mogą przystąpić osoby, które **ukończyły 18 r.ż. a nie ukończyły 55 r.ż.**			**Polisa nr NG 20151** Do wariantów mogą przystąpić osoby, które **ukończyły 55 r.ż. a nie ukończyły 65 r.ż.**			**Polisa nr NG 10021** Do wariantów mogą przystąpić osoby, które **ukończyły 65 r.ż. a nie ukończyły 75 r.ż.**		
	Wariant	Cena (zł)		Wariant	Cena (zł)		Wariant	Cena (zł)
☐	Wariant 1	50,00	☐	Wariant 1	55,00	☐	Wariant 1	50,00
☐	Wariant 2	55,00	☐	Wariant 2	60,00	☐	Wariant 2	60,00
☐	Wariant 3	65,00	☐	Wariant 3	70,00	☐	Wariant 3	70,00
☐	Wariant 4	75,00	☐	Wariant 4	80,00	☐	Wariant 4	80,00
☐	Wariant 5	78,00	☐	Wariant 5	85,00	☐	Wariant 5	90,00
☐	Wariant 6	80,00	☐	Wariant 6	95,00	☐	Wariant 6	110,00
☐	Wariant 7	90,00	☐	Wariant 7	110,00			
☐	Wariant 8	105,00						

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

Pakiet dodatkowy	Warianty pakietów dodatkowych		
ZDROWIE DZIECKA	☐ 5 zł - ZDROWIE DZIECKA	☐ 10 zł - ZDROWIE DZIECKA	☐ 15 zł - ZDROWIE DZIECKA
AKTYWNE DZIECKO	☐ 5 zł - AKTYWNE DZIECKO	☐ 10 zł - AKTYWNE DZIECKO	☐ 15 zł - AKTYWNE DZIECKO
WYPADEK	☐ 5 zł – WYPADEK	☐ 10 zł – WYPADEK	☐ 15 zł – WYPADEK
AKTYWNI	☐ 5 zł –AKTYWNI	☐ 10 zł –AKTYWNI	☐ 15 zł –AKTYWNI
POMOC W CHOROBIE	☐ 5 zł – POMOC W CHOROBIE	☐ 10 zł – POMOC W CHOROBIE	☐ 15 zł –POMOC W CHOROBIE
TELEZDROWIE – pakiet dostępny wyłącznie dla osób ubezpieczonych w polisie nr NG 15656	☐ 12,00 zł – Telezdrowie **dla Ciebie** ☐ 17,00 zł – Telezdrowie Plus **dla Ciebie** ☐ 27,00 - Telezdrowie Premium **dla Ciebie**	☐ 23,00 zł – Telezdrowie **dla Dwojga** ☐ 33,00 zł – Telezdrowie Plus **dla Dwojga** ☐ 53,00 zł – Telezdrowie Premium **dla Dwojga**	☐ 34,00 zł – Telezdrowie **dla Rodziny** ☐ 49,00 zł – Telezdrowie Plus **dla Rodziny** ☐ 79,00 zł – Telezdrowie Premium **dla Rodziny**

B. Dane Ubezpieczonego

Imiona _____ Nazwisko _____

PESEL _____ Rodzaj dokumentu tożsamości* _____ Seria i nr dokumentu* _____ Obywatelstwo _____

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

Data urodzenia _____ Zawód wykonywany _____ Data zatrudnienia _____

Telefon komórkowy _____ E-mail _____

C. Adres do korespondencji

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Miejscowość _____ Kraj _____

D. 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)

E. 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)

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.

warta.

SIGMA
POŁUDNIOWE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH

F. Oświadczenia 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 zwolnienie lekarskie dotyczy/dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyn dolnych i górnych, skręcenia, zwichnięcia kończyn dolnych górnych, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków oraz zwolnienia 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 TUnŻ 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 zostanę 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. 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, treser 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 zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.
5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez TUnŻ „WARTA" S.A. i zobowiązuję się przekazać je osobom, których dane wskazane są w niniejszym dokumencie.

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.

G. 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.

H. 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, 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 TUnŻ „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).

K. Dodatkowe oświadczenia

Oświadczenia dodatkowe właściwe dla wybranego **w powyższej części** deklaracji wariantu ubezpieczenia i/lub pakietu dodatkowego

Wybrany wariant	Kogo dotyczy	Oświadczenie
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.

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

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 klauzulami informacyjnymi dotyczącymi 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 siękontaktować pisemnie pod adresem siedziby lub w sposób podany na stronieWWW.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 przystępujących 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 wyliczenia składki ubezpieczeniowej służącej do przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W przypadku nie zawarcia 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 zaszeregowaniem 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(y) 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 dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 2) oceny odpowiedniości dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na podstawie rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego dla zakładów ubezpieczeń dotyczących oceny odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym oraz przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń. W celu oceny odpowiedniości dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym 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 zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła zasady przystępowania do umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie odpowiedniości. Analiza danych skutkuje oceną, czy dodatkowa umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawarta przez ubezpieczającego jest odpowiednia do Pani/Pana potrzeb, doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie lub sytuacji finansowej. Może to skutkować ustaleniem, że dany produkt jest nieadekwatny – wówczas przystąpienie do umowy ubezpieczenia z dodatkową umową ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym możliwe będzie 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 dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym 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. zmniejszenie 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 dochodzonym 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 podnoszenie 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 zakłóca 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(y) ochroną. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe;
	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;
	7) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
	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.
	Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji zestrony pracownika Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania jej.
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	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.
ODBIORCY DANYCH	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.
	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.
INNE ŻRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: 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 oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy ubezpieczenia lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	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.

SIGMA
POŁUDNIOWE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH

Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych SIGMA
ul. Kasprowicza 1, 32-600 Oświęcim
KRS: 0000245600, NIP: 549 224 54 82

X

DEKLARACJA CZŁONKA WSPIERAJĄCEGO

Ja niżej podpisany deklaruję wolę przystąpienia do Południowego Stowarzyszenia Ubezpieczonych SIGMA z siedzibą w Oświęcimiu (32-600) przy ul. Kasprowicza 1 zwanego dalej PSU SIGMA i oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, rola i zadania stowarzyszenia

DANE PERSONALNE (WYPEŁNIA KANDYDAT NA CZŁONKA WSPIERAJĄCEGO)

NAZWISKO		IMIĘ	
DATA URODZENIA	- -	PESEL	
ADRES KORESPON.	-	POCZTA	
ULICA		NR DOMU	
MIEJSCOWOŚĆ		NR LOKALU	

Będąc poinformowanym o prawie cofnięcia niniejszego oświadczenia, wyrażam zgodę na otrzymywanie od PSU SIGMA wszelkich informacji dotyczących rozpatrzenia deklaracji członkowskiej oraz realizacji celów statutowych PSU SIGMA na podany przeze mnie poniżej telefon i adres mailowy.

TELEFON		E-MAIL	

Członkostwo w PSU SIGMA jest dobrowolne i uzyskuje się je po przyjęciu kandydata przez zarząd stowarzyszenia. PSU SIGMA zrzesza osoby zainteresowane promowaniem, rozwojem rynku ubezpieczeniowego, w tym ubezpieczeń grupowych i zabezpieczenia społecznego, a ponadto ochroną interesów ubezpieczonych.

Będąc poinformowanym o prawie cofnięcia niniejszego oświadczenia, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia i przebiegu procesów leczniczych przez PSU SIGMA w celu i zakresie potrzebnym do zawarcia i realizacji umowy ubezpieczenia oraz przeprowadzenia czynności zamierzających do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych.

data i czytelny podpis

Informacja o Administratorze danych osobowych

Zgodnie z art. 13 RODO (Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest **Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych – Sigma** z siedzibą w Oświęcimiu (32-600) przy ul. Kasprowicza 1, mail: biuro@psusigma.pl, tel.: +48 33 842 96 66.
2. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty współpracujące z Administratorem danych na podstawie stosownych umów powierzenia. Przy czym odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą głównie towarzystwa ubezpieczeń, w których będą przygotowywane oferty ubezpieczenia.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji celów statutowych stowarzyszenia, tj. przystąpienia do stowarzyszenia i wykonywania w stosunku do Pani/Pana statutowej działalności stowarzyszenia. W przypadku gdy wyrazi Pani/Pan zgodę, dane osobowe będą mogły zostać przetwarzane w celach marketingowych oraz przesyłania informacji handlowej.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania członkostwa, a następnie do chwili przedawnienia roszczeń z tego tytułu lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych i podatkowych. W zakresie w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zawarta z Panią/Panem umowa ze stowarzyszeniem lub prawnie uzasadniony interes stowarzyszenia w wykonaniu takiej umowy z inną osobą, dane osobowe będą przetwarzane do upływu okresu przedawnienia roszczeń wynikających z takich umów.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy prawa ochrony danych osobowych, w tym RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne w celu określonym w pkt 3 powyżej, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości przystąpienia do stowarzyszenia.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka), w tym również w formie profilowania.