

UBEZPIECZENIE GRUPOWE
DEKLARACJA [] PRZYSTĄPIENIA / [] ZMIANY

Ubezpieczający: **NORD PROBROKER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**
Seria i numer polisy: **NG0043254**
Numer listy przystąpień/wniosku o zmianę:

☐ **A. Ubezpieczony:**

☐ **Pracownik: umowa o pracę**
Osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, członek zarządu spółki prawa handlowego, przedsiębiorca będący osobą fizyczną prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą jako ubezpieczający.

☐ **Pracownik: kontrakt menadżerski**
Osoba zatrudniona na podstawie kontraktu menadżerskiego (zarządzająca przedsiębiorstwem lub jego częścią).

☐ **Pracownik: inna umowa (w tym zlecenia, o dzieło)**

☐ **Małżonek Pracownika**

☐ **Pełnoletnie Dziecko Pracownika**

☐ **Partner Pracownika**

B. Wybór wariantu ubezpieczenia			
	Wariant	Składka	Ograniczenia
☐	Wariant 1	69,00 zł	
☐	Wariant 2	89,00 zł	
☐	Wariant 3	109,00 zł	

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

Pakiet dodatkowy	Warianty pakietów dodatkowych								
DZIECKO	☐	15,00 zł	Wariant 121 – DZIECKO – STANDARD	☐	25,00 zł	Wariant 122 – DZIECKO – KOMFORT	☐	35,00 zł	Wariant 123 – DZIECKO – PREMIUM
ONKOLOGICZNY	☐	10,00 zł	Wariant 127 – ONKOLOGICZNY – STANDARD	☐	20,00 zł	Wariant 128 – ONKOLOGICZNY – KOMFORT	☐	33,00 zł	Wariant 129 – ONKOLOGICZNY – PREMIUM
WYPADEK	☐	10,00 zł	Wariant 137 – WYPADEK – STANDARD	☐	15,00 zł	Wariant 138 – WYPADEK – KOMFORT	☐	20,00 zł	Wariant 139 – WYPADEK – PREMIUM

C. Dane Ubezpiezonego

Imiona

PESEL

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

Data urodzenia

Telefon komórkowy

Rodzaj dokumentu tożsamości*

Zawód wykonywany

E-mail

Nazwisko

Seria i nr dokumentu*

Obywatelstwo

Data zatrudnienia

D. Adres do korespondencji

Ulica

Kod pocztowy

Poczta

Nr domu

Miejscowość

Nr mieszkania

Kraj

E. Dane Pracownika (wypełnij w przypadku, gdy jesteś Małżonkiem, Pełnoletnim Dzieckiem lub Partnerem Pracownika)

Imię i nazwisko Pracownika

Numer PESEL Pracownika

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.

F. Dane uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpiezonego

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
*w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia (RRRR-MM-DD)			RAZEM 100%

LMIX S_10_10_2024 2025-06-05 08:50

Strona 1 z 4

G. Dane uprawnionych zastępczych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego

Imię i nazwisko / nazwa	Obywatelstwo	PESEL* / REGON	% świadczenia
* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia (RRRR-MM-DD)			RAZEM 100%

H. Oświadczenie Ubezpieczonego

I. OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywam na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 7 kolejnych dni (nie dotyczy zwolnień z powodu: złamania kończyny, skręcenia, zwichnięcia kończyny, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków lub opieki nad członkiem rodziny) lub nie przebywam, w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym i innych podobnych placówkach oraz nie posiadam uprawnień do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych oraz nie jestem uznana/y za niezdolną/ego do pracy lub służby zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Dotyczy osób przystępujących do Wariant 1, Wariant 2, Wariant 3:
Powyższe oświadczenie o stanie zdrowia nie dotyczy osób, dotychczas ubezpieczonych w ramach grupowej umowy ubezpieczenia na życie zawartej przez ubezpieczającego, przystępujących do umowy ubezpieczenia w dniu 2025-07-01.

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 zostałem 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. Oświadczam, że zapoznałem/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
Chcę informować Panią/Pana o nowych produktach, promocjach czy przysługujących zniżkach, dlatego prosimy o wyrażenie zgód marketingowych.
Wyrażenie nw. zgód jest dobrowolne. Na 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.

I. 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.

J. 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 w 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
Wariant 1 Wariant 2 Wariant 3	■ Małżonka Pracownika, ■ Pełnoletniego Dziecka Pracownika, ■ Partnera Pracownika dotychczas nieubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez ubezpieczającego.	1. Oświadczam, że: a) 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: ciąży, złamania kończyny, skręcenia, zwichnięcia kończyny, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków lub opieki nad członkiem rodziny; b) w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, nie ubiegam się obecnie ani nie ubiegałem/-am się o jego wydanie w ciągu ostatnich 3 lat licząc od daty podpisania niniejszej deklaracji; c) w ciągu ostatnich 3 lat, licząc od daty podpisania niniejszej deklaracji, nie ubiegałem/-am się o wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy lub niezdolności do służby; 2. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie chorowałem/-am, nie choruję, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych wymienionych jednostek: nowotwór, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, niewydolność wątroby, choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków). Dotyczy osoby dotychczas ubezpieczonej w ramach grupowej umowy ubezpieczenia na życie zawartej przez ubezpieczającego, która w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia (tj. w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia), ukończyła 70 r.ż. i nie ukończyła 75 r.ż.: 1. Oświadczam, że: a) 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 kończyny, skręcenia, zwichnięcia kończyny, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków lub opieki nad członkiem rodziny; b) nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, nie ubiegam się obecnie ani nie ubiegałem/-am się o jego wydanie w ciągu ostatnich 3 lat licząc od daty podpisania niniejszej deklaracji; c) w ciągu ostatnich 3 lat, licząc od daty podpisania niniejszej deklaracji, nie ubiegałem/-am się o wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy lub niezdolności do służby; 2. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie chorowałem/-am i nie choruję na wymienione choroby: choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, wady serca, arytmia serca, miażdżyca, niewydolność żył, choroby naczyń mózgowych, udar mózgu, niewydolność nerek, wielotorbielowatość nerek, kamica nerek, stany zapalne nerek, choroby nadnerczy, cukrzyca, choroby tarczycy, astma, chroniczny bronchit, gruźlica, POCHP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), nowotwory, guzy, chłoniaki, białaczka, choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne, paraliż, porażenie, niedowłady, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona/Parkinsonizm, padaczka, stwardnienie rozsiane (SM), uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków), przewlekłe choroby układu pokarmowego, zapalenie trzustki, zapalenie jelit, choroba Leśniowskiego-Crohna, choroby wątroby, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub typu C, choroby krwi, HIV, AIDS, borelioza, choroby układowe tkanki łącznej, tocznia rumieniowaty układowy, twardzina, rumień guzowaty, osteoporoza, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS).
Wariant 1 Wariant 2 Wariant 3	Wszyscy	

Wariant 127 Wariant 128 Wariant 129	Wszyscy	Oświadczam, że: a) w ciągu ostatnich 6 miesięcy od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie miałem/-am wskazań i nie jestem w trakcie diagnostyki (z wyjątkiem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji a także innego leczenia medycznego: nowotworu, guza złośliwego, białaczki, chłoniaka; b) w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia podpisania niniejszej deklaracji nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/-am się z powodu chorób wymienionych w ust. a) powyżej.
---	---------	---

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 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 złożeniem 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 Szeffa 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 Szeffowi 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 dochodzeniem od Warty roszczeń;
	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 usunięcia – 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) przeniesienia 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 wykáže 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 ze strony 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 ŹRÓDŁA 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.

KGUbny_4_06_2024