

Analiza Potrzeb Klienta

Profil Klienta

Kawaler/Panna	Małżeństwo/Para bez dzieci	Rodzic z dzieckiem	Małżeństwo/Para z dzieckiem	65+wyżej 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

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

Imię i nazwisko / Nazwa	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL / REGON	% świadczenia

* zaznaczyć jedno właściwe pole

RAZEM 100%

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+”

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Twoje Życie 55 Plus | - składka 69 zł/miesiąc |
| <input type="checkbox"/> Twoje Życie 55 Plus Pakiet S | - składka 84 zł/miesiąc |
| <input type="checkbox"/> Twoje Życie 55 Plus Pakiet M | - składka 99 zł/miesiąc |
| <input type="checkbox"/> Twoje Życie 55 Plus Pakiet L | - składka 114 zł/miesiąc |
| <input type="checkbox"/> Twoje Życie 55 Plus Pakiet XL | - składka 135 zł/miesiąc |

Rozszerzenie Pakiety Dodatkowe

- ☐ Wypadek - 15 zł/miesiąc (dla osób 18-40r.ż.)
- ☐ Aktywni - 10 zł/miesiąc (dla osób 18-66r.ż.)
- ☐ Zdrowie dziecka - 10 zł/miesiąc (dla osób 18-66r.ż.)
- ☐ Aktywne dziecko - 10 zł/miesiąc (dla osób 18-66r.ż.)
- ☐ Zdrowie plus - 19 zł/miesiąc (dla osób 18-55r.ż.)

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/i w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo leczniczym, ośrodku rehabilitacyjnym, Domu Pomocy Społecznej?	<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, niedowłady, 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/regulanej 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

- Oświadczenie obejmuje wyłącznie ubezpieczającego, jeżeli 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 jestem¹ osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (PEP). Zobowiązuję się jednocześnie do niezwłocznego poinformowania Spółki w przypadku zmiany danych objętych oświadczeniem.
¹ 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.2016, poz. 116 poz. 1216 z późn. zm.) przez osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne rozumie się następujące osoby fizyczne mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunatów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków organów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, charges d'affairs 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.
- Podanie danych jest dobrowolne. TUnŻ „WARTA” S. A., jako administrator danych informuje Pana/Panią o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych, marketingowych – aktualnie i w przyszłości oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.
- Oświadczam, że ☐ wyrażam zgodę/ ☐ nie wyrażam zgody na przetwarzanie – aktualnie i w przyszłości – w celach marketingowych moich danych osobowych przez inne podmioty z Grupy WARTA, w szczególności przez TUiR „WARTA” S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87.
- Oświadczam, że ☐ wyrażam zgodę/ ☐ nie wyrażam zgody na otrzymywanie – aktualnie i w przyszłości – informacji handlowych dotyczących TUnŻ „WARTA” S.A. i TUiR „WARTA” S.A. drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną.
- Oświadczam, że ☐ wyrażam zgodę/ ☐ nie wyrażam zgody na wykorzystywanie – aktualnie i w przyszłości – dla celów marketingu bezpośredniego TUnŻ „WARTA” S.A. i TUiR „WARTA” S.A. telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (zgodnie z podanymi przeze mnie: numerem telefonu, adresem e-mail) oraz automatycznych systemów wywołujących, zgodnie z ustawą Prawo telekomunikacyjne.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUnŻ Warta S.A. moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia oraz danych o nałogach, zawartych w ankiecie w celu i zakresie potrzebnym do analizy potrzeb i oceny ryzyka ubezpieczeniowego celem zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy/przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z treścią Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie WARTADLACIEBIE I RODZINY na podstawie których zostanie zawarta umowa ubezpieczenia.

Data podpisania

Czytelny podpis Klienta