

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ta deklaracja i zawarte w niej informacje były podstawą do objęcia mnie/ osoby, którą reprezentuję ochroną ubezpieczeniową. Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza deklaracja podlega weryfikacji przed objęciem mnie, osoby/ którą reprezentuję ochroną ubezpieczeniową.

Przed podpisaniem niniejszej deklaracji, otrzymałam/łem Ogólne Warunków Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia Dzieci i Młodzieży „SCHOLAR”, wskazane w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą o numerze przywołanym w niniejszej deklaracji/ we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przywołanym w niniejszej deklaracji, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży¹⁾ a także Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU SA Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałam/łam i których treść akceptuję.

Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży, na podstawie ww. Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Dzieci i Młodzieży. Wyrażam równocześnie zgodę na przekazywanie moich/ osoby, którą reprezentuję danych osobowych AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z Siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, w celach związanych z realizacją Programu¹⁾.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorami danych osobowych są: „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A oraz AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B¹⁾. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia Ubezpieczonego, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Przyjmuję do wiadomości, iż stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzekany jest na podstawie Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zatwierdzonej przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, która otrzymałam/łam.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, obecnie oraz w przyszłości, moich/ osoby, którą reprezentuję danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją niniejszej umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich /osoby którą reprezentuję danych osobowych w celach marketingowych, również w przypadku nie objęcia mnie / osoby, którą reprezentuję ochroną ubezpieczeniową lub jej wygaśnięcia oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług.²⁾ NIE:

Wyrażam zgodę na wykorzystanie ww. adresu e-mail do przesyłania przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie zmian warunków tej umowy ubezpieczenia oraz rozpatrywania reklamacji.²⁾ NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich /osoby którą reprezentuję danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich / osoby, którą reprezentuję danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty.²⁾ NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. z 2016 r. Nr 144 poz. 1033 z późn. zm.)²⁾ NIE:

Zostałam/łam poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich/ osoby, którą reprezentuję danych i ich poprawiania.

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składałam dobrowolnie, a podane w deklaracji informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych nieprawdziwych lub niekompletnych, uprawnia „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do odmowy wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 oraz art. 834 Kodeksu Cywilnego.

data podpisania deklaracji zgody

podpis Ubezpieczonego²⁾

Jako pośrednik ubezpieczeniowy oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczonego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

„POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group
pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek

1) dot. wyłącznie umów, których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko Rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.

2) W przypadku gdy Ubezpieczony jest osobą niepełnoletnią oświadczenie składa i podpisuje Przedstawiciel Ustawowy Ubezpieczonego.