

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, otrzymałem/łam Ogólne Warunki Otwartego Ubezpieczenia na Życie Dzieci i Młodzieży „BEZPIECZNE DZIECKO”, 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 oraz Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem/łam i których treść akceptuję.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich / osoby, którą reprezentuję danych osobowych jest „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

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 pielęgniarów 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, którą otrzymałem/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 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 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, która reprezentuję ochroną ubezpieczeniową lub jej wygaśnięcia oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług¹⁾. 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 oraz rozpatrywania reklamacji¹⁾. 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 podmioty¹⁾. 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. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.)¹⁾. NIE:

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

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie / u osoby, którą reprezentuję, również w przeszłości, a także nie leczyłem/łam się/osoba, którą reprezentuję nie leczyła się i nie leczy z powodu żadnego z poniższych schorzeń:

- wad serca, przewlekłych chorób serca, przewlekłych chorób płuc, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności - HIV, żółtaczkę typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, niewydolności nerek.

Nie orzeczono u mnie / u osoby, którą reprezentuję znacznego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, w poprzednim stanie prawnym: I grupa inwalidztwa), umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy, w poprzednim stanie prawnym: II grupa inwalidztwa, lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.)

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składam 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 Cwilnego.

Data podpisania deklaracji zgody

podpis Ubezpieczonego¹⁾

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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

¹⁾ W przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą niepełnoletnią, oświadczenia składa i podpisuje Przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego.