

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o obowiązku dostarczenia do „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń.

** 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.

** Wyrażam zgodę na przetwarzanie, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (tekst jednolity Dz.U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją umowy ubezpieczenia. Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. 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 2002r. (Dz.U. Nr 144 poz. 1204 z późn. zm.). NIE:

** Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane w niniejszym formularzu informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Zostałem/łam poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

**oświadczenie odnosi się również do osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, jeżeli ta osoba żyje i nie jest jednocześnie Ubezpieczonym zgłaszającym roszczenie

miejsowość i data

pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie

podpis osoby zgłaszającej roszczenie

**podpis osoby, której dotyczy zdarzenie
(wypełnić, gdy zdarzenie nie dotyczy Ubezpieczonego)

X. INFORMACJA O UMOWIE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO (wypełnia zakład pracy / pośrednik ubezpieczeniowy)

dotyczy Ubezpieczonego: pracownika Ubezpieczającego małżonka pracownika Ubezpieczającego

dziecka pracownika Ubezpieczającego partnera pracownika Ubezpieczającego

Początek odpowiedzialności dla Ubezpieczonego: - - | DD-MM-RRRR

Czy przed pierwszym dniem odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group względem Ubezpieczonego, był on objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia TAK: NIE:

Jeżeli TAK proszę podać okres ubezpieczenia w poprzedniej umowie:

Od: - - | DD-MM-RRRR Do: - - | DD-MM-RRRR

Czy osoba zgłaszająca roszczenie załącza dokumenty potwierdzające wcześniejsze ubezpieczenie Ubezpieczonego TAK: NIE:

Jeżeli TAK to jakie:

Data zatrudnienia Ubezpieczonego (pracownika): - - | DD-MM-RRRR

Czy w dniu zdarzenia Ubezpieczony (pracownik) był zatrudniony przez Ubezpieczającego TAK: NIE:

Data rozwiązania stosunku pracy z Ubezpieczonym (pracownikiem)
(jeśli w dniu zdarzenia Ubezpieczony nie był zatrudniony) - - | DD-MM-RRRR

Data opłacenia ostatniej składki za Ubezpieczonego - - | DD-MM-RRRR

Czy Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie dotyczące rezygnacji z ubezpieczenia TAK: NIE:

Jeżeli TAK proszę podać datę skuteczności oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia (koniec odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group względem Ubezpieczonego). - - | DD-MM-RRRR

Data wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego: - - | DD-MM-RRRR

pieczęć firmowa zakładu pracy

data, pieczęć i podpis uprawnionego pracownika zakładu pracy
/ Pośrednika Ubezpieczeniowego