

OŚWIADCZENIA

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

Wyrażam również zgodę aby ta deklaracja była podstawą do obejmowania mnie ochroną ubezpieczeniową przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group w ramach umowy Otwartego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy Super Grupa, będącej kontynuacją warunków ubezpieczenia, na jakich została zawarta umowa, do której niniejszym przystępuję, w szczególności w zakresie treści ogólnych warunków ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia oraz wysokości składki, sumy ubezpieczenia oraz przysługujących świadczeń.

Przyjmuję do wiadomości, iż powyższe oświadczenia dotyczące ubezpieczenia w umowach stanowiących kontynuację umowy ubezpieczenia, do której niniejszym przystępuję będzie skuteczne o ile „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego nie podejmie decyzji o odmowie dalszego obejmowania mnie ochroną ubezpieczeniową.

Przed podpisaniem niniejszej deklaracji, otrzymałem/łam Ogólne Warunki Otwartego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GRUPA”, Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej do Umowy Otwartego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GRUPA”¹⁾, wskazane w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą o numerze przywołanym w niniejszej deklaracji/we wniosku o zawarcie Umowy Podstawowej przywołanym w niniejszej deklaracji / wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej¹⁾ przywołanym w niniejszej deklaracji, oraz Skorowidze określające istotne warunki ubezpieczenia, które stanowią załączniki do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”¹⁾ a także Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem/łam i których treść akceptuję.

Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance”, na podstawie ww. Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”. Wyrażam równocześnie zgodę na przekazywanie moich danych osobowych AGA International S.A. Główny Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, w celach związanych z realizacją Programu.¹⁾

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 AGA International S.A. Główny Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B¹⁾. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia, do której niniejszym przystępuję oraz umów ubezpieczenia stanowiących jej kontynuację.

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 pielęgniarek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, 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 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 umowy, do której niniejszym przystępuję oraz umów ubezpieczenia stanowiących jej kontynuację.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych, również w przypadku nie objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową lub jej wygaśnięcia oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. 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 reklamacji. 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 2002 r. (Dz.U. z 2002 r. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.) NIE:

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

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie, również w przeszłości, a także nie leczyłem/łam i nie leczę się z powodu żadnego z poniższych schorzeń:

- wad wrodzonych i rozwojowych, wad lub chorób serca, zawału serca, przewlekłych chorób płuc, udaru mózgu, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności – HIV, żółtaczki typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.

Nie orzeczono u mnie 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 Cywilnego.

data podpisania deklaracji zgody

podpis Ubezpieczonego

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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

¹⁾ dot. wyłącznie umów ubezpieczenia, w których zakres ochrony ubezpieczeniowej został rozszerzony o Umowę Dodatkową