



## 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

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie lub nie leczę się z powodu żadnego z poniższych schorzeń:

- wad wrodzonych i rozwojowych, wad serca, niestabilnej choroby serca, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zaburzeń psychicznych i zachowania, 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.

Przed podpisaniem niniejszej deklaracji, zapoznałam/łem się i akceptuję treść przedstawionych mi Ogólnych Warunków Otwartego Ubezpieczenia na Życie „VIP”, wskazanych w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą o numerze przywołanym w niniejszej deklaracji/we wniosku o zawarcie Umowy przywołanym w niniejszej deklaracji, a także treść obowiązującego w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”.

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.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorami danych osobowych są: Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „Polisa-Życie” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Mickiewicza 63 oraz AGA International S.A. Główny Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „Polisa-Życie” S.A. 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, 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 Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „Polisa-Życie” S.A.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „Polisa-Życie” S.A., 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 2002 roku Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją niniejszej umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „Polisa-Życie” S.A. 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:

Upoważniam „Polisa-Życie” S.A. 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” S.A. 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.) NIE:

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

Niniejsze oświadczenie 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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „Polisa-Życie” S.A. do odmowy wypłaty świadczenia.

miejsce i data złożenia deklaracji zgody

podpis składającego deklarację zgody

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

„Polisa-Życie” S.A.  
pieczęć i podpis osoby przyjmującej deklarację zgody