SOCIETE GENERALE Insurance

BUILDING TEAM SPIRIT TOGETHER

Wniosek Ubezpieczeniowy o zawarcie Umowy Ubezpieczenia dla Posiadaczy Kart Kredytowych Euro Bank

Ubezpieczający / Ubezpieczony

Imię [imię1]	**Nazwisko** [nazwisko]
Miejsce urodzenia [miejsce urodzenia]	
Nr PESEL [PESEL]	
Numer tel. do kontaktu [numer telefonu]	**Adres do korespondencji** [ulica, numer domu i mieszkania] [kod pocztowy, miasto]

Niniejszym wnoszę o zawarcie indywidualnej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy z Sogessur SA z siedzibą w Paryżu, Francja, działającym w Polsce poprzez oddział: Sogessur Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu, zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy dla Posiadaczy Kart Kredytowych Euro Bank [OWU], w następującym zakresie:

Utrata pracy,

zwanej dalej "Umową Ubezpieczenia od Utraty Pracy".

Oświadczenia dotyczące Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy są składane a moje dane osobowe są przekazywane dobrowolnie.
Jestem świadomy, że mogę wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia od Utraty Pracy w każdym czasie, na warunkach określonych w OWU. Jestem świadomy, że niniejsze ubezpieczenie jest dobrowolne i nie wpływa na decyzję Euro Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu dotyczącą zawarcia Umowy Karty Kredytowej.
Oświadczam, iż na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia jestem zatrudniony na podstawie polskiego prawa pracy na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub na czas określony dłuższy niż 1 rok w wymiarze pełnego etatu, nie przebywam na okresie wypowiedzenia ani na urlopie rodzicielskim lub wychowawczym i nie posiadam praw emerytalnych.
Oświadczam, że otrzymałem wyżej wymienione OWU.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym wniosku, zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt 1) ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 roku, poz. 1182) przez Sogessur SA z siedzibą w Paryżu, Francja w celu wykonania Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy.
Oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, ich przeglądania oraz poprawiania.

Przyjmuję do wiadomości, że:
a) dane osobowe mogą być udostępniane w celu wykonania Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy innym podmiotom związanym z Sogessur SA oraz innym podmiotom uprawnionym do otrzymywania tych danych zgodnie z przepisami prawa.
b) Ujawnienie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do zawarcia i wykonania Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy.
c) Mam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych w przypadkach określonych w art. 32 ust. 1 pkt 8) ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 roku, poz. 1182).

_____ < _____

podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego imieniem i nazwiskiem [***DD.MM.RRRR***]