Wniosek Ubezpieczeniowy o zawarcie Umowy Ubezpieczenia na Życie 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 na Życie z Sogecap SA z siedzibą w Paryżu, Francja, działającym w Polsce poprzez oddział: Sogecap Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą we Wrocławiu, zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Umowy Ubezpieczenia na Życie dla Posiadaczy Kart Kredytowych Euro Bank [OWU], w następującym zakresie:

1. **Śmierć (w tym Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku),**
2. **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy,**
3. **Tymczasowa i Całkowita Niezdolność do Pracy**,

zwana dalej "Umową Ubezpieczenia na Życie".

Oświadczenia dotyczące Umowy Ubezpieczenia są składane oraz moje dane osobowe są przekazywane dobrowolnie.
Jestem świadomy, że mogę wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie na warunkach określonych w Umowie Ubezpieczenia. Jestem świadomy, że niniejsze ubezpieczenie jest dobrowolne i nie wpływa na decyzję Euro Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu dotyczącą zawarcia Umowy o limit kredytowy i o kartę kredytową.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem wyżej wymienione OWU.

Jestem świadomy, iż ubezpieczenie nie stosuje się do następstw Choroby, która została zdiagnozowana przed rozpoczęciem Okresu Ubezpieczenia lub Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce przed okresem Ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych 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 Sogecap SA z siedzibą w Paryżu, Francja w celu wykonania Umowy Ubezpieczenia na Życie.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, ich przeglądania oraz poprawiania.

Przyjmuję do wiadomości, że:

a) moje dane osobowe mogą być udostępniane w celu wykonania Umowy Ubezpieczenia na Życie innym podmiotom związanym z Sogecap SA oraz innym podmiotom uprawnionym do otrzymywania tych danych zgodnie z przepisami prawa;
b) udostępnienie przeze mnie moich danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do zawarcia i wykonania Umowy Ubezpieczenia na Życie;
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).

W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, upoważniam lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej do przekazania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, jak również dokumentacji medycznej, informacji na temat okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym śmierci oraz upoważniam Sogecap SA do uzyskania takich informacji od każdego lekarza, jak i wszelkich podmiotów opieki zdrowotnej, w tym przychodni i szpitali, gdzie udzielono mi konsultacji lekarskich, przeprowadzono badania lub poddano mnie leczeniu zgodnie z art. 22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 22 maja 2003 roku (tekst jednolity: Dz.U. z 2013, poz 950, z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (tekst jednolity: Dz. U. z 2012, poz. 159, z późn. zm.).

Niniejszym wskazuję Euro Bank SA jako uprawnionego do otrzymania świadczenia z Umowy Ubezpieczenia na wypadek mojej śmierci. Jednocześnie oświadczam, iż Euro Bank SA jest uprawniony do otrzymania sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy na podstawie umowy cesji praw z Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy mną a Euro Bank SA.

podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego imieniem i nazwiskiem

[***DD.MM.RRRR***]