

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. W związku z zawarciem z Euro Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu Umowy Kredytu Ratalnego z dnia [...] o numerze [...] ("**Umowa Kredytu Ratalnego**"), po otrzymaniu i zapoznaniu się z Ogólnymi Warunkami Umowy Ubezpieczenia na Życie – Kredyt Ratalny ("**OWU na Życie**") <oraz z Ogólnymi Warunkami Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy – Kredyt Ratalny ("**OWU od Utraty Pracy**")> oraz załączonymi do nich dodatkowymi informacjami sporządzonymi zgodnie z artykułem 17 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 roku, poz. 1844, z późn. zm.), a w szczególności z wyłączeniami ochrony ubezpieczeniowej, informacjami o kosztach objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz prawie do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, niniejszym przystępuję jako Ubezpieczony do ubezpieczenia w ramach Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie – Kredyt Ratalny ("**Grupowa Umowa Ubezpieczenia na Życie**") zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a SOGECAP S.A. zakładem ubezpieczeń na życie, z siedzibą w Paryżu, Francja, Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex, prowadzącym działalność w Polsce poprzez Sogecap S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu (50-062), Plac Solny 16, ("**Sogecap**") <oraz do ubezpieczenia w ramach Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy – Kredyt Ratalny ("**Grupowa Umowa Ubezpieczenia od Utraty Pracy**") zawartej pomiędzy Ubezpieczającym [...] a SOGESSUR S.A., z siedzibą w Paryżu, Francja, Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex, zakładem ubezpieczeń prowadzącym działalność w Polsce poprzez Sogessur S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu (50-062), Plac Solny 16, ("**Sogessur**")> <wyświetlane, gdy klient jest objęty ubezpieczeniem od utraty pracy> zgodnie z OWU na Życie <oraz OWU od Utraty Pracy>, na podstawie których została <y> zawarta <e, odpowiednio> Grupowa Umowa Ubezpieczenia na Życie <oraz Grupowa Umowa Ubezpieczenia od Utraty Pracy> w zakresie podanym poniżej:

### **Sogecap udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących ryzyk:**

- Śmierci
- Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności
- [Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy] <wyświetlane, gdy klient jest objęty ubezpieczeniem w czasie i całkowitej niezdolności do pracy>
- [Poważnego Zachorowania] <wyświetlane, gdy klient jest objęty ubezpieczeniem w czasie poważnego zachorowania>

### **Sogessur udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następującego ryzyka:**

- [Utraty pracy] <wyświetlane, gdy klient jest objęty ubezpieczeniem w czasie utraty pracy>

2. **Zgoda Ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz Sumę Ubezpieczenia**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie, na podstawie OWU na Życie <oraz Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy, na podstawie OWU od Utraty Pracy> oraz na wysokość Sumy Ubezpieczenia określonej zgodnie z art. 15 OWU na Życie w zakresie ryzyk objętych przez Sogecap <oraz na wysokość Sumy Ubezpieczenia określonej zgodnie z art. 12 OWU od Utraty Pracy w zakresie ryzyka objętego przez Sogessur>, które otrzymałem, i z którymi się zapoznałem.

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczonego

3. **Informacje dotyczące kosztów objęcia ochroną ubezpieczeniową**

Koszt ochrony ubezpieczeniowej ponoszony przez Ubezpieczonego wynosi [ ] w odniesieniu do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie przez Sogecap <oraz wynosi [ ] w odniesieniu do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy przez Sogessur> i jest równy Składce Ubezpieczeniowej opłacanej przez Ubezpieczającego za danego Ubezpieczonego zgodnie z postanowieniami OWU na Życie <oraz OWU od Utraty Pracy>.

Ubezpieczony uiszcza koszt ochrony ubezpieczeniowej jednorazowo z góry za cały Indywidualny Okres Ubezpieczenia w Dacie przystąpienia do ubezpieczenia na podstawie Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie <oraz Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy>.

W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Indywidualnego Okresu Ubezpieczenia przysługiwać będzie Ubezpieczonemu zwrot uiszczonych kosztów objęcia ochroną ubezpieczeniową za niewykorzystany

okres ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem art. 7.7 OWU na Życie <oraz art. 6.7 OWU od Utraty Pracy>. Ubezpieczający zwróci tę kwotę na następujący rachunek bankowy Ubezpieczonego o numerze: [XX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX]. Ubezpieczony uprawniony jest do zmiany wskazanego rachunku bankowego w drodze pisemnego oświadczenia.

4. Zostałem/am poinformowany/a, że przystąpienie do Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie <oraz Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy> jest dobrowolne oraz że mogę zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie, na warunkach określonych w OWU na Życie <oraz OWU od Utraty Pracy>.
5. Oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z treścią OWU na Życie <oraz OWU od Utraty Pracy>, a w szczególności z postanowieniami dotyczącymi wyłączenia odpowiedzialności Sogecap <oraz Sogessur> <wyświetlane, gdy klient jest objęty ubezpieczeniem od utraty pracy>.
6. Administratorami danych osobowych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 roku, poz. 922), przetwarzanych w celu wykonywania Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie <oraz Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy> oraz marketingu własnych usług i produktów (w tym celu nie będą przetwarzane dane o stanie zdrowia, w tym dotyczące nałogów) są:  
Sogecap S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu 50-062, Plac Solny 16  
<Sogessur S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu 50-062, Plac Solny 16>

7. **Przyjmuję do wiadomości, że:**

- a) dane osobowe mogą zostać udostępnione w celu wykonywania Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie innym podmiotom związanym z Sogecap <oraz w celu wykonywania Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy innym podmiotom związanym z Sogessur>, lub innym podmiotom działającym w imieniu lub na rzecz Sogecap <oraz Sogessur> w celu wykonywania Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie <oraz w celu wykonywania Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy>, jak również innym podmiotom uprawnionym do otrzymania danych na podstawie przepisów prawa;
  - b) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne w celu przystąpienia do oraz wykonywania Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie <oraz Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy>;
  - c) przysługuje mi prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych w celach marketingowych;
  - d) przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych i ich poprawiania.
8. Upoważniam Euro Bank S.A. („Bank”) z siedzibą we Wrocławiu (50-126), przy ulicy Św. Mikołaja 72 do przekazywania [...], Sogecap <oraz Sogessur> informacji objętych tajemnicą bankową, w tym moim danych osobowych (nazwisko, imię, numer PESEL, adres, data urodzenia), informacji o danych identyfikacyjnych Umowy Kredytu Ratalnego, kwocie moich pozostałych do spłaty zobowiązań wobec Banku związanych z Umową Kredytu Ratalnego oraz o kwotach pozostających do spłaty rat Kredytu Ratalnego, w tym zestawienia zadłużenia (ze wskazaniem pozostałej do spłaty kwoty Kredytu Ratalnego na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz pozostałej do spłaty kwoty Kredytu Ratalnego na dzień zgłoszenia zajścia zdarzenia), harmonogramu spłaty Kredytu Ratalnego obowiązującego na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu Ratalnego, dla celów związanych z wykonaniem Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie <lub odpowiednio Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Pracy>.

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczonego

9. Zgodnie z art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844, z późn. zm.), upoważniam podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia informacji Sogecap potrzebnych dla ustalenia mojego prawa do świadczenia z Grupowej Umowy Ubezpieczenia na Życie i wysokości tego świadczenia, tj. o:
- a) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
  - b) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
  - c) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
  - d) przyczynie mojej śmierci;
- z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczonego

