Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia dla Kredytobiorców Euro Bank S. A.

Ubezpieczający / Ubezpieczony

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

Niniejszym wnoszę o zawarcie indywidualnej Umowy Ubezpieczenia z Sogecap S.A. 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 Kredytobiorców 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**,
4. **Poważne zachorowanie**,

zwana dalej "Umową Ubezpieczenia".

Oświadczenia dotyczące Umowy Ubezpieczenia są składane a 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 Kredytu lub Pożyczki.

Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy otrzymałem wyżej wymienione OWU oraz Kartę produktu ubezpieczeń na życie dla pożyczkobiorców w Euro Banku SA.

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.
[Jestem świadomy, że nowotwór złośliwy lub choroba wieńcowa w przypadku Ubezpieczających, którzy w dniu zawarcia umowy Ubezpieczenia mieli ukończony 65 rok życia jest wyłączona z odpowiedzialności Towarzystwa.]

[W przypadku wcześniejszego zakończenia ochrony ubezpieczeniowej na skutek wcześniejszej spłaty pożyczki / kredytu, wyrażam zgodę na dobrowolną kontynuację ochrony ubezpieczeniowej w ramach pakietu dodatkowego w zakresie wskazanym w OWU.
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 S.A. z siedzibą w Paryżu, Francja w celu wykonania Umowy Ubezpieczenia.

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 innym podmiotom związanym z Sogecap S.A. 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 S.A. 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 S.A. jako uprawnionego do otrzymania świadczenia z Umowy Ubezpieczenia na wypadek mojej śmierci. Jednocześnie oświadczam, iż Euro Bank S.A. jest uprawniony do otrzymania sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy [oraz Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy][oraz Poważnego Zachorowania] na podstawie Umowy cesji praw z Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy mną a Euro Bank S.A.

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