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 na Życie 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 dla Posiadaczy Kart Kredytowych Euro Bank [OWU], w następującym zakresie:

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

zwana dalej "Umową Ubezpieczenia".

Oświadczenia dotyczące Umowy Ubezpieczenia są składane przeze mnie dobrowolnie. Przyjmuję do wiadomości, że mogę wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie na warunkach określonych w Umowie Ubezpieczenia. Zostałem poinformowany, 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, Dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym oraz Kartę produktu ubezpieczeń dla posiadaczy Kart Kredytowych w Euro Banku S.A.

Przyjmuję do wiadomości, iż ubezpieczenie nie stosuje się do następstw Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w ciągu 5 lat przed rozpoczęciem Okresu Ubezpieczenia oraz która była przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia oraz Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce przed okresem Ubezpieczenia oraz który był przyczyną zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia.

Oświadczam, że przed złożeniem mi propozycji zawarcia indywidualnej Umowy Ubezpieczenia przeprowadzona została analiza moich wymagań oraz potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej oraz że ubezpieczenie, o które wnioskuję, jest zgodne z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej określonymi przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.

❑ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych szczególnych kategorii tj. danych o stanie zdrowia, w związku z czym zgodnie z art. 38 ust. 1 i ust. 6 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 S.A. potrzebnych dla ustalenia mojego prawa do świadczenia z Umowy Ubezpieczenia 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.

oraz zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844, z późn. zm.), upoważniam Narodowy Funduszu Zdrowia do udzielenia Sogecap S.A. danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z chorobą, wypadkiem lub innymi zdarzeniami losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Sogecap S.A. oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

_____ _____

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

Przyjmuję do wiadomości, że:

a) administratorem moich danych jest Sogecap S.A. Oddział w Polsce ul. Plac Solny 16, 50-062 Wrocław;
b) udostępnienie przeze mnie moich danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do zawarcia i wykonania Umowy Ubezpieczenia na Życie;
c) w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email iod@societegenerale-insurance.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora;
d) moje dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia i wykonania Umowy Ubezpieczenia na Życie na podstawie art. 6 ust 1 pkt b oraz art. 9 ust. 2 lit. a Ogólnego Rozporządzenia z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych (dalej: RODO). Ewentualnie moje dane mogą być przetwarzane również w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia, podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych - gdzie podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO); ewentualnie w celu wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, a także w celach archiwalnych – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
e) odbiorcami danych osobowych mogą być zakłady reasekuracji, organy ustawowo upoważnione do dostępu do danych w zakresie i celu określonym w przepisach szczególnych (KNF, UFG, GIF itd.). Ponadto dane mogą być przekazywane Sogecap S.A. z siedzibą w Paryżu, Francja oraz podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora;
f) moje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu;
g) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody;
h) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.

Upoważniam Euro Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu (50-126), przy ulicy Św. Mikołaja 72 do przekazywania Sogecap S.A. informacji objętych tajemnicą bankową, w tym moim danych osobowych (nazwisko, imię, numer PESEL, adres, data urodzenia), informacji o danych identyfikacyjnych Umowy Limitu/Karty, kwocie moich pozostałych do spłaty zobowiązań wobec Banku związanych z Umową Limitu/Karty oraz o kwotach pozostających do spłaty rat Limitu/Karty, w tym zestawienia zadłużenia (ze wskazaniem pozostałej do spłaty kwoty Limitu/Karty na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz pozostałej do spłaty kwoty Kredytu/ Pożyczki na dzień zgłoszenia zajścia zdarzenia), harmonogramu spłaty Limitu/Karty obowiązującego na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz pierwotnego harmonogramu spłaty Limitu/Karty, dla celów związanych z wykonaniem Umowy Ubezpieczenia.

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 Niepełnosprawności [oraz Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy] na podstawie umowy cesji praw z Umowy Ubezpieczenia zawartej pomiędzy mną a Euro Bank S.A.

Przyjmuję do wiadomości, że dokument pełnomocnictwa udzielony Agentowi Ubezpieczeniowemu, tj. Euro Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu do działania w imieniu Sogecap S.A., dostępny jest w placówkach Euro Banku S.A. i na www.eurobank.pl, a dokument upoważniający doradcę do działania w imieniu Agenta Ubezpieczeniowego dostępny jest w placówce, w której zawierana jest Umowa Ubezpieczenia oraz że istnieje możliwość zapoznania się z treścią tych dokumentów przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.

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